



GUIDE DES INDICATEURS

ACI pour la rémunération des structures pluri- professionnelles Avenant 1

Vous trouverez ci-joint une fiche synthèse pour chaque indicateur défini dans l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) pour les structures pluri-professionnelles

Cnam/DDGOS/DPROF
Octobre 2024

SOMMAIRE

Axe 1 – ACCES AUX SOINS	2
Indicateurs Socles et Prérequis	2
HORAIRE D'OUVERTURE ET SOINS NON PROGRAMMES.....	3
REPOSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES	6
Axe 1 – ACCES AUX SOINS	9
Indicateurs Optionnels	9
OFFRE D'UNE DIVERSITE DE SERVICES DE SOINS MEDICAUX SPECIALISES OU DE PHARMACIENS ET/OU DE SOINS PARAMEDICAUX ASSUREE PAR LES PROFESSIONNELS ASSOCIES OU SALARIES DE LA STRUCTURE	10
CONSULTATIONS DE SPECIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGES-FEMMES OU CHIRURGIENS-DENTISTES OU PHARMACIENS VACATAIRES A LA STRUCTURE	12
ACCUEIL DE MEDECINS INTERVENANT DANS LA STRUCTURE DANS LE CADRE D'UN CSTM	14
MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE	16
IMPLICATION DES USAGERS	19
SOINS NON PROGRAMMES EN LIEN AVEC LE DISPOSITIF DE SERVICE D'ACCES AUX SOINS	20
Axe 2 – TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION	22
Indicateurs Socles et Prérequis	22
FONCTION DE COORDINATION	23
Axe 2 – TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION	25
Indicateurs Socles	25
PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS.....	26
CONCERTATION PLURI-PROFESSIONNELLE	28
Axe 2 – TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION	33
Indicateurs Optionnels	33
FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE.....	34
COORDINATION EXTERNE	36
DEMARCHE QUALITE.....	38
PROTOCOLES NATIONAUX DE COOPERATION DES SOINS NON PROGRAMMES	40
PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	42
COORDINATION D'UN PARCOURS « SURPOIDS OU OBESITE DE L'ENFANT »	44
Axe 3 – SYSTÈME D'INFORMATION	45
Indicateur Socle et Prérequis	45
SYSTEME D'INFORMATION DE NIVEAU STANDARD.....	46
Axe 3 – SYSTÈME D'INFORMATION	49
Indicateur Optionnel	49
SYSTEME D'INFORMATION DE NIVEAU AVANCE	50

ACCES AUX SOINS

Indicateurs Socles et Prérequis

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %
Fixe	Horaires d'ouverture et soins non programmés - Amplitude horaire - Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré	800 points
	Réponse aux crises sanitaires graves - Rédaction d'un plan de préparation - Mise en œuvre d'actions pouvant répondre aux besoins en soins de patients	100 points 350 points

HORAIRES D'OUVERTURE ET SOINS NON PROGRAMMES

Indicateur Socle-prérequis

Assurer des horaires d'ouverture :

- De 8 heures à 20 heures en semaine,
- De 8 heures à 12h le samedi matin,
- Pendant les congés scolaires.

Une modulation de ces horaires peut être accordée (voir précision ci-dessous)



Organiser la prise en charge de patients pour des soins non programmés pendant les horaires d'ouverture

Points fixes : 800 points

Absence de part variable

Minorations

- 60 points : si l'amplitude horaire entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin
- 150 points : si amplitude horaire entre 8h et moins de 10h par jour en semaine et le samedi matin
- 120 points : si la structure est fermée le samedi
- 20 points : si la structure est fermée au maximum 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année.

Dérogations

Une modulation des horaires d'ouverture peut être accordée par l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA (précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA)

Justificatif : OUI

Précisions sur l'indicateur

C'est la structure qui doit être en mesure d'assurer l'amplitude horaire demandée.

Il n'est pas indispensable :

- que l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents sur toute l'amplitude horaire,
- qu'un médecin soit présent sur toute l'amplitude notamment sur la pause méridienne.

Une organisation doit être mise en place au sein de la structure pour qu'un médecin puisse intervenir rapidement en cas de besoin.

Dans son projet, la structure précise les modalités d'organisation des soins non programmés, chaque jour ouvré, notamment :

- La disponibilité des différents professionnels pour assurer la régulation des demandes (physiques ou téléphoniques)
- L'organisation de plages horaires de consultations non programmées.

Ces modalités sont précisées dans la charte d'engagement mise à disposition des patients.

La rémunération maximale possible (hors minoration) :
5 600 euros
(7 euros x 800 points)

Les minorations s'appliquent lorsque la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire demandée. Toutefois, une tolérance est consentie pour décaler l'ouverture du samedi matin prévue de 8h00 à 12h00 à l'amplitude couvrant la plage de 9h00 à 13h00.

Les minorations ne s'appliquent pas si la structure a reçu une dérogation dans le cadre de la PDSA (voir ci-dessous).

Une dérogation a été accordée à la structure dans le cadre de l'organisation locale de la permanence des soins ambulatoires.

La dérogation est accordée par l'ARS et la CPAM. Elle est précisée dans le contrat.

Une charte d'engagement modèle-type de charte est disponible en annexe 4 de l'accord.
La charte doit être affichée dans la structure.

Conditions exigées pour la rémunération

Ces 2 indicateurs (horaires d'ouverture et soins non programmés) sont :

- Des prérequis,
- Indissociables.

Les indicateurs doivent être obligatoirement atteints pour prétendre aux 800 points.

La structure doit transmettre à sa caisse de rattachement une charte d'engagement.

Horaire d'ouverture

- Dans le cadre des structures multi-sites, chaque site doit être en mesure de remplir les différents indicateurs et notamment celui sur l'amplitude horaire. Cette exigence ne nécessite pas que l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents durant toute l'amplitude horaire. Une organisation doit être mise en place au sein de la structure pour qu'un médecin puisse intervenir, si besoin. La mise en place d'une astreinte téléphonique n'est pas suffisante pour parvenir à un taux d'atteinte à 100 % de l'indicateur.

Soins non programmés

Dans le projet de santé, la structure précise les modalités d'organisation des soins non programmés notamment :

- La disponibilité des différents professionnels pour assurer la régulation des demandes (physiques et téléphoniques)
- L'organisation de plages horaires de consultations non programmées

Il est tout à fait possible qu'un seul médecin assure les consultations des soins non programmés. L'objectif est que les patients puissent être pris en charge et orientés rapidement.

Toutes les catégories de professionnels de santé de la structure n'ont pas à proposer des consultations de soins non programmés pour que l'indicateur soit validé.

Minoration des points et dérogation ARS

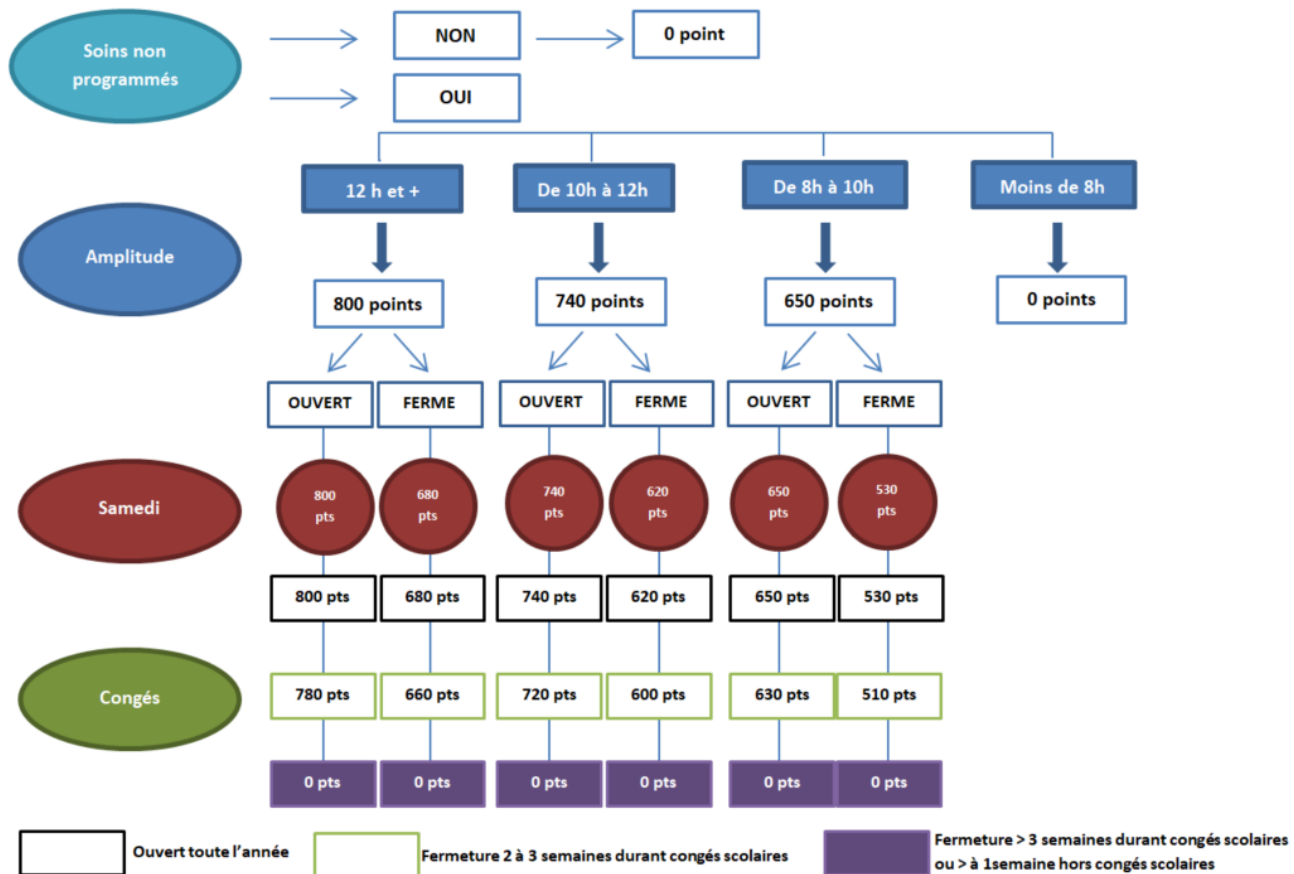
Une minoration des points est appliquée si :

- l'amplitude d'ouverture de la structure est comprise entre 8h et 12h en semaine,
- ou si la structure est fermée le samedi matin,
- ou si la structure est fermée pendant les congés scolaires.

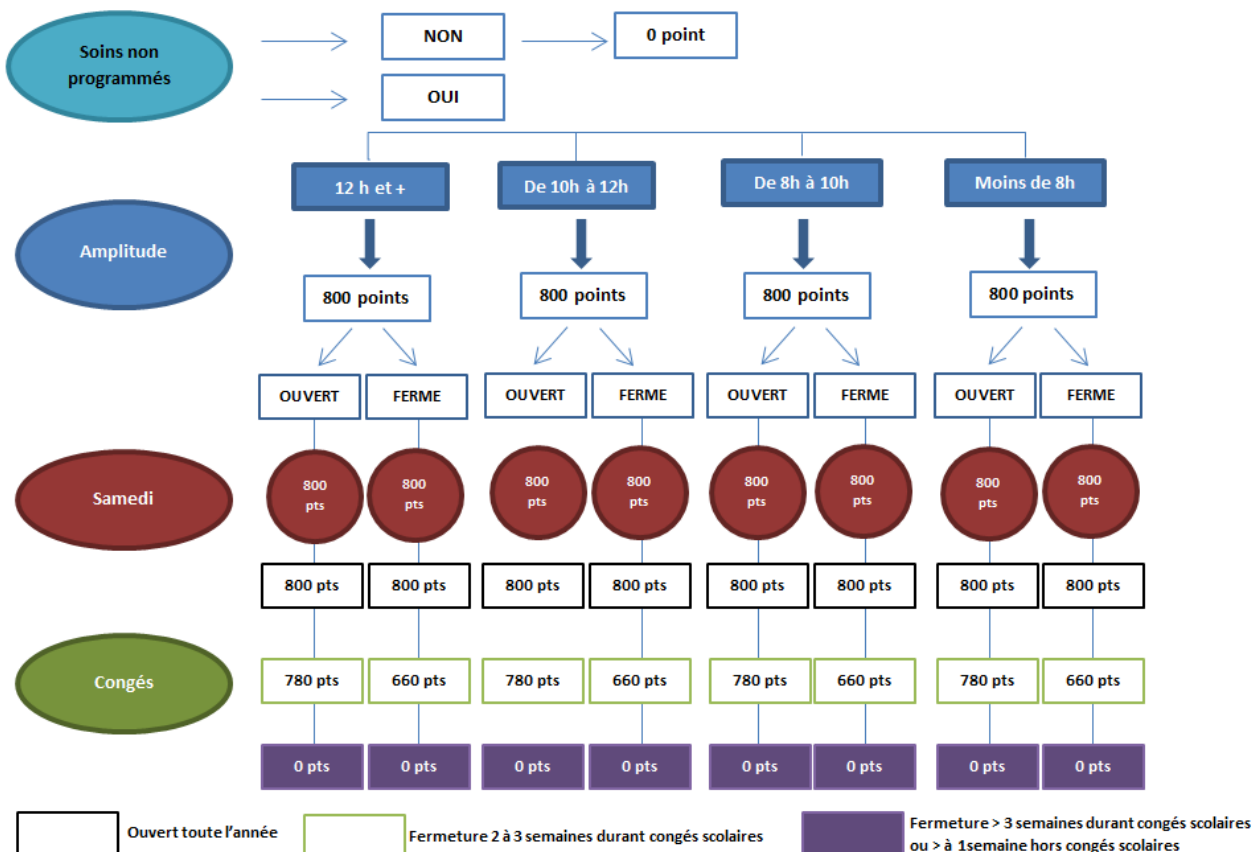
Toutefois, lorsqu'une dérogation est accordée par l'ARS et la CPAM dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, la minoration n'est pas appliquée sur l'amplitude horaire en semaine et la fermeture le samedi matin, la minoration s'appliquera uniquement pour le cas d'une fermeture durant les congés scolaires (cf schéma page suivante).

Indicateur « Accessibilité de la structure » – application des minorations - règles de gestion

Ce calcul est effectué en prenant en compte l'absence de dérogation accordée par l'ARS dans le cadre de la PDSA



Ce calcul est effectué en prenant en compte une dérogation accordée par l'ARS dans le cadre de la PDSA



REPONSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES

Indicateur Socle-prérequis	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
Rédaction d'un plan de préparation	À l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire doit être élaboré par la structure au regard des lignes directrices nationales et doit s'articuler le cas échéant avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire.	Cet indicateur est prérequis , il doit être obligatoirement atteint pour prétendre à la rémunération. Il conditionne la valorisation de la mise en œuvre des actions en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS.
Points fixes : 100 points	La rémunération est versée quelle que soit la situation sanitaire.	
Absence de part variable		
Justificatif : OUI	Transmission de la copie du plan de préparation	
Mise en œuvre d'actions pouvant répondre aux besoins en soins de patients	Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ».	La rémunération est conditionnée : - À la rédaction du plan de préparation, - Au déclenchement de la crise sanitaire grave par les autorités sanitaires.
Points variable : 350 points en fonction de la patientèle de référence	Dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients : prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé.	
Justificatif : OUI	Transmission de tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation.	

Objectif de la mesure

Il s'agit de valoriser les structures qui s'organisent en cas de crise sanitaire exceptionnelle pour assurer une continuité des soins et pour contribuer à répondre au nouveau besoin émergent.

Il convient par conséquent que la structure prépare un plan de réponse à une crise sanitaire. Ce plan comprend deux axes principaux :

- L'adaptation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise,
- La prise en charge spécifique des patients atteints par la crise sanitaire.

En cas de survenue d'une situation de crise, qualifiée par les autorités sanitaires de « crise exceptionnelle », la structure met en œuvre les actions prévues par le plan.

Ce plan d'action doit être mis à jour par la MSP en fonction de l'évolution de la situation et des modifications tous les ans (par exemple, actualisation de la liste des membres de la cellule de crise et leurs coordonnées ; participation des membres de l'équipe à l'action, etc...).

Il est demandé **a minima à la MSP de constituer une cellule de crise et d'en tenir à jour la liste de contacts**, et dans le cadre de cette cellule, d'avoir abordé en équipe les quatre thématiques fondamentales dans la gestion d'une crise : **l'anticipation, l'adaptation à la crise, le pilotage de la crise et enfin l'évaluation de la réponse proposée.**

Ce plan doit s'articuler avec le plan de gestion de crise mis en place par la CPTS du territoire. Il est rappelé que le plan d'action de la MSP est destiné à organiser la gestion de la crise sanitaire au niveau de la structure et pour sa patientèle.

• **Anticipation :**

- ↳ Avoir identifié les ressources disponibles (humaines et matérielles) :
 - Constituer une cellule de crise et identifier le référent « crise sanitaire »,
 - Organisation des locaux : plan des locaux, stationnement, etc,
 - Professionnels de la MSP : liste des professionnels de santé s'impliquant dans la MSP (tous les professionnels de santé volontaires, quel que soit leur statut),
 - Équipements et matériels : lister les équipements de protection mobilisables et prévoir des stocks de matériel nécessaires,
 - Prendre contact avec la CPTS du territoire pour coordonner la mission et articuler les plans.
- ↳ Informer et former (rôle de la cellule de crise/ référent crise sanitaire) :
 - Informer les PS sur le contenu du plan (information régulière – au moins annuellement sur les évolutions du plan) ;
 - Former les PS à la procédure et aux outils spécifiques éventuels.
 - Participer si possible à des exercices de crise proposés par le territoire.

• **Adaptation à la crise / identification des risques et réponses :**

- ↳ Identification des principaux risques [à rédiger en cohérence avec le plan de crise sanitaire rédigé et partagé par la CPTS du territoire quand elle existe],
- ↳ Identifier des actions pour aller vers la patientèle : actions permettant notamment la prise en charge des patients atteints par la crise et des actions permettant la continuité des soins pour les autres patients afin d'éviter la rupture des soins.

- **Pilotage de la crise / Organiser la réponse pluri-professionnelle :**

- ↳ Mise en place de la cellule de crise :

- Qui ?
- Se réunit quand ?
- Comment ?
- Traçabilité des échanges ?

- ↳ Les principaux objectifs de la cellule de crise :

- Alerter et informer les autorités par le biais de la CPTS du territoire,
- Contribuer à estimer de la gravité de la situation,
- Évaluer des besoins de la structure et les moyens dont elle dispose (moyens humains et matériels),
- Mener des actions nécessaires à la gestion de crise (prévoir l'évolution des horaires et des modalités d'accueil, l'adaptation des locaux ; mettre en place des procédures organisationnelles et de prise en charge notamment d'aller vers).

- ↳ Organiser la communication de crise :

- Quelle personne référente,
- Liste actualisée des contacts d'urgence,
- Définir les modalités de partage des informations reçues,
- Alerter les soignants / patients / partenaires,
- Quels canaux de communication utiliser.

- **Retour d'expérience réalisé d'une situation de crise déjà connue** (*cette partie est à développer uniquement en cas de survenue de crise*)

La MSP s'engage à décrire les étapes de son intervention durant la crise. Ce retour d'expérience pourra être partagé aux différents interlocuteurs (ARS, CPAM, MSA, référents crise sanitaire des différentes CPTS, etc.)

- ↳ Descriptif de la crise et de sa gestion

- Les points forts,
- Les points faibles,
- Les apprentissages / choses à améliorer,
- Le délai de réalisation,
- Prévoir un échange des retours d'expérience des différents acteurs et structures impliqués dans la crise (en lien avec la CPTS du territoire).

Précisions concernant le calcul de l'indicateur

La structure peut percevoir 100 points fixes quelle que soit la situation sanitaire pour la rédaction d'un plan de préparation à la réponse et ses mises à jour.

Elle perçoit 350 points variables **en cas de survenue** d'une crise sanitaire grave, qualifiée par les autorités sanitaires de « crise exceptionnelle » et de mise en place d'actions répondant aux besoins en soins des patients.

ACCES AUX SOINS

Indicateurs Optionnels

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %
Fixe	Offre de diversité de services de soins médicaux spécialisés avec présence de professionnels associés de la structure - Niveau 1 : Présence de <ul style="list-style-type: none"> • Au moins d'1 profession médicale (hors médecine générale et second recours) • Ou au moins d'1 spécialité médicale (hors médecine générale) • Ou au moins 1 pharmacien d'officine • Ou 3 paramédicaux différents 	300 points
	Offre de diversité de services de soins médicaux spécialisés avec présence de professionnels associés de la structure - Niveau 2 : Présence de <ul style="list-style-type: none"> • Au moins d'1 profession médicale (hors médecin généraliste et second recours) • Ou au moins d'1 spécialité médicale (hors médecine générale) • Ou au moins 1 pharmacien d'officine • Et de 3 paramédicaux différents 	300 points
	Consultations de spécialistes de second recours extérieurs à la structure - Niveau 1 : présence, au moins 2 jours par mois, de : <ul style="list-style-type: none"> • Spécialistes hors médecine générale • Ou de sages-femmes • Ou de chirurgiens-dentistes • Ou de pharmaciens d'officine 	300 points
	Consultations de spécialistes de second recours extérieurs à la structure - Niveau 2 : présence, au moins 2,5 jours par semaine, de : <ul style="list-style-type: none"> • Spécialistes hors médecine générale • Ou de sages-femmes • Ou de chirurgiens-dentistes • Ou de pharmaciens d'officine 	300 points
	Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM	200 points
Variable	Mission(s) de santé publique : valorisation maximum de 2 missions <ul style="list-style-type: none"> • Valorisation de 2 missions au maximum 	700 points
Fixe	<ul style="list-style-type: none"> • Si présence d'une IPA (et si réalisation de 2 missions au moins) 	200 points
Fixe	Implication des usagers Niveau 1 : Mise en place d'outils ou actions visant à consulter informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure.	200 points
Variable	Niveau 2 : Mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.	300 points
Fixe	Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS) <ul style="list-style-type: none"> • 50% des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS 	100 points
Fixe	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS 	200 points

OFFRE D'UNE DIVERSITE DE SERVICES DE SOINS MEDICAUX SPECIALISES OU DE PHARMACIENS ET/OU DE SOINS PARAMEDICAUX ASSUREE PAR LES PROFESSIONNELS ASSOCIES

Indicateur optionnel

Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés

300 points

1^{er} niveau

Présence de :

- Au moins d'1 profession médicale en sus de la médecine générale,
- Ou au moins d'1 spécialité médicale (hors médecine générale),
- Ou au moins 1 pharmacien,
- Ou de 3 professions paramédicales différentes.

300 points

2^{ème} niveau

Présence de :

- Au moins d'1 profession médicale en sus de la médecine générale,
- Ou au moins d'1 spécialité médicale (hors médecine générale),
- Ou au moins 1 pharmacien,
- Et de 3 professions paramédicales différentes.

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.
L'offre de service s'organise avec les professionnels de santé associés de la SISA.

Les professionnels de santé des centres de santé ne peuvent adhérer à l'ACI s'ils ont déjà adhéré à l'Accord National des centres de santé.

Les 2 niveaux sont dissociables et le nombre de points peut se cumuler.

Les professions médicales :

- Les Sages-femmes,
- Les Chirurgiens-dentistes,
- Les médecins à expertise particulières MEP,
- Les Pharmaciens,
- Les Biologistes.

Les médecins des différentes spécialités médicales, hors médecine générale.

Les professions d'auxiliaires médicaux :

Infirmier(e), Masseur-Kinésithérapeute, Pédiopodologue, Ergothérapeute et Psychomotriciens, Orthophoniste, Orthoptiste, Manipulateur d'électroradiologie médicale ou ERM et technicien de laboratoire médical, Audioprothésiste, Opticien-lunetiers, Prothésiste et Orthésiste, Diététicien, Aide-soignant, Auxiliaire de puériculture, Ambulancier et Assistant dentaire.

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

L'atteinte de cet indicateur est assurée par l'ensemble des PS associés de la SISA.

Niveau 1

1

OU

1

OU

3

Niveau 2

1

OU

1

ET

3

600 points fixes maximum si atteinte du niveau 2

Le 1^{er} et le 2^{ème} niveau peuvent se cumuler : 4 200 euros
Si la structure atteint le 2nd niveau, elle bénéficie des 300 points du 1^{er} niveau donc 600 points

Si Niveau 1 atteint

300 points

Si Niveau 2 atteint

600 points max

Justificatif : OUI

La structure doit établir une liste des PS associés intervenant dans la structure au moment de l'adhésion au contrat :

Cette liste doit faire apparaître :

- L'identité du PS,
- Le n°AM (pour les PS libéraux),
- Et/ou le n°RPPS (pour les PS concernés),
- La nature de la spécialité médicale exercée (la profession médicale).

La liste des PS doit être transmise

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

L'atteinte de cet indicateur doit être assurée par l'ensemble des **PS « associés »** de la structure (**hors dérogation relative à la profession de l'IDE ou l'IPA « ASALEE » - cf ci-dessous**).

Le statut d'associé

La notion « d'associés » est entendue, au sens juridique du terme, c'est-à-dire, les professionnels de santé exerçant dans la structure et mentionnés comme « associés » dans les statuts de la structure.

Pour être associé de la SISA, il faut être en exercice libéral. Les professionnels de santé « associés » peuvent exercer physiquement au sein de la structure mais également « hors murs » (cas des pharmaciens et chirurgiens-dentistes par exemple).

Le statut de vacataires des IDE et IPA « ASALEE »

Les infirmiers salariés de l'association ASALEE, et intervenant dans le cadre d'un protocole de coopération ASALEE ont le statut de vacataire de la SISA. A titre dérogatoire, **bien que ne pouvant prétendre au statut d'associés de la SISA**, ils sont pris en compte dans l'atteinte de cet indicateur. La structure devra fournir tout document attestant de leur intervention et de leur appartenance à l'association ASALEE.

Attention : c'est la profession qui est ici valorisée, le statut de vacataire reconnu aux IDE et IPA Asalée reste inchangé, cette dérogation ne leur confère pas le statut d'associé de la SISA.

Le statut des médecins collaborateurs libéraux d'un médecin associé d'une structure

Les médecins ayant un statut de collaborateur libéral auprès d'un médecin exerçant en tant qu'associé d'une MSP peut être considéré en tant qu'« associé » de la structure, même si ils ne figurent pas en tant que tels dans les statuts de la maison de santé.

Liste des professionnels au sens du code de la santé publique

► Professions médicales

Médecins des différentes spécialités médicales

Médecins à expertise particulière (MEP)

Sages-femmes

Chirurgiens-dentistes

Pharmaciens ;

Biologistes.

► Professions d'auxiliaires médicaux

Infirmier(e)

Infirmier(e) IPA

Masseur-Kinésithérapeute

Pédicure-podologue, Ergothérapeute et

Psychomotriciens

Orthophoniste

Orthoptiste

Manipulateur d'électroradiologie médicale ou ERM et
technicien de laboratoire médical

Audioprothésiste

Opticien-lunetiers

Prothésiste et Orthésiste

Diététicien

Aide-soignant

Auxiliaire de puériculture

Ambulancier

Assistant dentaire

CONSULTATIONS DE SPECIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGES-FEMMES OU CHIRURGIENS-DENTISTES OU PHARMACIENS VACATAIRES A LA STRUCTURE

Indicateur optionnel

Organiser la diversité des consultations de second recours par des professionnels de santé vacataires à la structure

300 points

1^{er} niveau

Consultations de second recours par des professionnels extérieurs à la structure au moins 2 jours/mois de :

- Spécialistes (spécialités médicales hors médecine générale),
- Ou de Sages-femmes,
- Ou de Chirurgiens-dentistes,
- Ou Pharmaciens d'officine.

300 points

2^{ème} niveau

Consultations de second recours par des professionnels extérieurs à la structure au moins 2,5 jours/semaine de :

- Spécialistes (spécialités médicales hors médecine générale),
- Ou de Sages-femmes,
- Ou de Chirurgiens-dentistes,
- Ou Pharmaciens d'officine.

600 points fixes maximum si atteinte du niveau 2

Le 1^{er} et le 2^{ème} niveau peuvent se cumuler : 4 200 euros
Si la structure atteint le 2nd niveau, elle bénéficie des 300 points du 1^{er} niveau donc 600 points

Justificatif : OUI

La structure doit établir une liste des PS extérieurs ayant réalisés des vacations de consultation au sein de la structure au cours de l'année N:

Cette liste doit faire apparaître :

- L'identité du PS,
- Le n°AM (pour les PS libéraux),
- Le n°RPPS (pour les PS concernés),
- La nature de la spécialité médicale exercée ou la profession médicale exercée,
- Le temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure,
- Pour les médecins, préciser s'il intervient dans le cadre d'un CSTM (Contrat de Solidarité Territoriale Médecin).

Précisions sur l'indicateur

- Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.
- Les consultations s'organisent avec :
 - Les professionnels de santé extérieurs à la structure non associés de la SISA,
 - Les professionnels de santé non-salariés du centre de santé,
 Les professionnels de santé des centres de santé ne peuvent adhérer à l'ACI s'ils ont déjà adhéré à l'Accord National des centres de santé.
- L'ensemble de ces consultations s'organisent sur des jours et des créneaux définis.
- L'ensemble de ces consultations correspondent :
 - Pour le niveau 1 : au moins 2 jours/mois soit 0,5 jours/semaine,
 - Pour le niveau 2 : au moins 2,5 jours /semaine soit 0,5 ETP

Les 2 niveaux sont dissociables et le nombre de points peut se cumuler.

- Les professions médicales :
 - Les médecins des différentes spécialités médicales, hors médecine générale.
 - Les Sages-femmes,
 - Les Chirurgiens-dentistes,
 - Les Médecins à expertise particulières MEP,
 - Les Pharmaciens d'officine,
 - Les Biologistes.

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

L'atteinte de cet indicateur est assurée par l'ensemble des professionnels de santé vacataires de la SISA ayant assuré les vacations de consultations.

Les professionnels de santé associés à la SISA ne sont pas concernés par cet indicateur.

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

L'atteinte de cet indicateur doit être assurée par l'ensemble des PS « vacataires » de la structure. Ces professionnels doivent intervenir en moyenne :

- ▶ 2 jours par mois pour le niveau 1.
- ▶ 2,5 jours par semaine au minimum pour le niveau 2.

L'indicateur est apprécié par rapport aux nombres de jours de vacations des professionnels intervenant et non par rapport à l'activité des professionnels (nombre de consultations ou autres actes techniques).

ACCUEIL DE MEDECINS INTERVENANT DANS LA STRUCTURE DANS LE CADRE D'UN CSTM

Indicateur optionnel

Valoriser l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin **signataire** d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM).

200 points fixes maximum

Justificatif : OUI

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.

Sont concernés par cet indicateur :

- Les structures pluri-professionnelles situées en zone « sous-dense » qui accueillent 1 (ou plus) médecin adhérant au CSTM.

Les médecins adhérant au CSTM ne sont pas des médecins associés de la SISA.

La rémunération maximum possible : 1 400 euros
Cet indicateur se cumule avec l'indicateur ci-dessous



Organiser la diversité des **consultations de spécialistes de second recours** ou de sages-femmes ou de chirurgiens-dentistes ou de pharmaciens extérieurs à la structure :

- 1^{er} niveau et 2^{ème} niveau soit 300 points + 300 points

Avec le cumul la rémunération maximum possible =

$200 + 300 + 300 = 800$ points soit 5 600 euros

La structure doit transmettre la copie des CSTM (Contrats de Solidarité Territoriale Médecin).

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

L'atteinte de cet indicateur est assurée par l'ensemble des **professionnels de santé adhérant au CSTM extérieurs à la SISA** ayant assuré les vacations de consultations.

Les professionnels de santé associés à la SISA ne sont pas concernés par cet indicateur.

La liste des PS doit être transmise

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Le CSTM est un contrat défini dans la convention médicale à destination des médecins installés dans des territoires non classés en zones sous-denses (zonage ARS) pour les inciter à réaliser des vacations en zones sous-denses pour prêter main forte à leurs confrères.

En signant ce contrat, ces médecins s'engagent à intervenir au moins 10 jours par an en zones sous-denses afin d'améliorer l'accès aux soins dans ces zones.

MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE

Indicateur optionnel

Réalisation de mission de santé publique :

- Parmi celles listées en annexe 2 de l'ACI,
- Ou
- En cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

1^{ère} mission → 350 points2^{ème} mission → 350 points3^{ème} mission → Pas de valorisation au-delà de la 2^{ème} mission

Point variables : 700 points maximum

- Pour une patientèle de référence de 4 000 patients,
- Pour 2 missions au plus réalisées

Proratisé

Le nombre de points est proratisé en fonction de la patientèle

Si présence d'un IPA :

+ 200 points fixes pour la réalisation de 2 missions au moins

Point fixes : + 200 points maximum pour 2 missions au moins réalisées.

Justificatifs : OUI

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.

La structure peut réaliser des missions de santé publique complémentaire, ces missions sont définies au niveau régional conjointement par la CPAM et l'ARS.

Elles doivent :

- Être cohérentes avec le projet régional de santé PRS,

Ou

- Correspondre aux **thèmes** suivants :

- o Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale,
- o Lutte contre la tuberculose,
- o Surpoids et obésité chez l'enfant,
- o Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans,
- o Prévention du suicide,
- o Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA,
- o Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité,
- o Éducation thérapeutique et éducation à la santé

La rémunération maximum : 4 900 euros (pour une patientèle de 4 000 patients).

La rémunération est plafonnée à 2 missions : la structure peut remplir une 3^{ème} et 4^{ème} mission mais celles-ci ne seront pas valorisées par des points complémentaires.Les 2 missions **ne doivent pas** correspondre à :

- o 2 **thèmes** identiques (*hormis pour la mission dont le thème est « Éducation thérapeutique et éducation à la santé » - cf. page suivante*),

Pour une structure ayant 3 000 patients et 2 missions :

$$700 \text{ points} * \left(\frac{3\,000 \text{ patients}}{4\,000 \text{ patientèle de référence}} \right) = 525 \text{ points}$$

Si la structure compte la présence d'un Infirmier(ère) en Pratique Avancée (IPA) et remplit 2 missions alors elle bénéficie de 200 points fixes supplémentaires.
La rémunération est plafonnée à 2 missions.

Pour une structure ayant 3 000 patients, qui compte la présence d'1 IPA et 2 missions :

$$700 \text{ points} * \left(\frac{3\,000 \text{ patients}}{4\,000 \text{ patientèle de référence}} \right) + 200 \text{ points} = 725 \text{ points}$$

Les modalités de vérification du respect de cet indicateur sont définies dans une annexe au contrat conclue avec la structure précisant les missions

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

L'indicateur est atteint si au moins 1 mission est réalisée dans l'année.

Pour bénéficier de 200 points fixes liés à la présence d'une IPA, la structure doit réaliser 2 missions de santé publique dans l'année.

Transmission des justificatifs précisés dans l'annexe au contrat

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Une mission santé publique a pour objectif « de réduire l'apparition de la maladie, de promouvoir la santé et de prolonger la durée et la qualité de la vie de la population ».

Un double financement ARS/AM pour une même mission peut avoir lieu si les objectifs fixés sont complémentaires et non redondants.

Les missions de santé publique valorisées dans le cadre de cet indicateur :

- sont définies dans la liste figurant en annexe 2 de l'ACI selon les thématiques suivantes :
 - 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,
 - Prévention du suicide,
 - Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA,
 - Prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité,
 - Éducation thérapeutique et éducation à la santé.

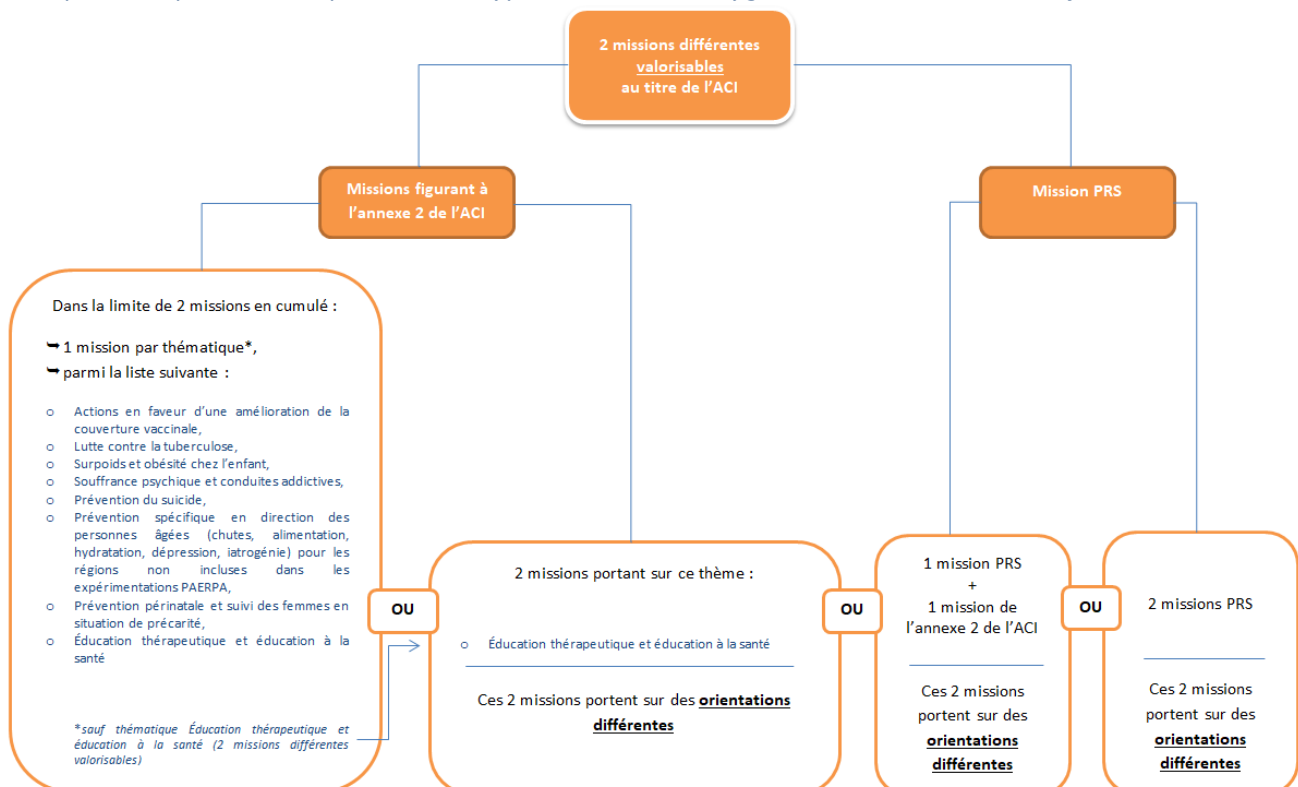
OU

- doivent s'inscrire en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

La rémunération est plafonnée à 2 missions de santé publique. Aussi, qu'elles soient en lien avec le PRS ou figurant parmi la liste ci-dessus, chaque mission doit porter sur une thématique et une orientation différente pour être valorisée.

Ainsi, **1 seule mission par thématique est valorisée** à l'exception de la thématique de « l'Éducation thérapeutique et éducation de la santé » pour laquelle 2 missions peuvent être valorisées si elles portent sur des orientations distinctes.

Exemple : « Dépister et comprendre son hypertension » et « Hygiène des mains chez les enfants »



Précisions concernant le calcul de l'indicateur

La référence de 4 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proration est effectuée si la patientèle de la structure se situe au-dessus ou en dessous de cette assiette.

Seules 2 missions sont valorisées.

En cas de présence d'un IPA, la majoration de 200 points fixes supplémentaires ne vaut que si un minimum de 2 missions de santé publiques sont réalisées et valorisées.

IMPLICATION DES USAGERS

Indicateur optionnel

Mettre en place des outils et/ou actions permettant d'impliquer les usagers dans les MSP

200 points fixes

1^{er} niveau

- Mise en place d'outils ou actions visant à **consulter, informer et sensibiliser les usagers** sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc...)

300 points variables

2^{ème} niveau

- Mise en place d'outils ou actions visant à **la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.**

Proratisé : 2^{ème} niveau

Le nombre de points du 2^{ème} niveau est proratisé en fonction de la patientèle

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.

Les indicateurs de niveau 1 et 2 sont cumulables.

1^{er} niveau : La rémunération maximum possible :
1 400 euros

2^{ème} niveau : 300 points variables pour une patientèle de référence de 4 000 patients.

Pour une structure ayant 3 000 patients et ayant atteint les **niveaux 1 et 2** :

$$200 \text{ points fixes} + [300 \text{ points} * (\frac{3\,000 \text{ patients}}{4\,000 \text{ patientèle de référence}})] = 425 \text{ points}$$

Justificatifs : OUI

Tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou actions.

Transmission des justificatifs (modèle disponible sur ameli.fr)

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

L'atteinte de l'indicateur de niveau 2 est soumise à l'atteinte de l'indicateur de niveau 1.

SOINS NON PROGRAMMES EN LIEN AVEC LE DISPOSITIF DE SERVICE D'ACCES AUX SOINS

Indicateur optionnel

Les professionnels associés ou vacataires de la structure s'organisent pour participer aux soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'Accès aux Soins

100 points fixes

1. 50% des médecins (associés ou vacataires) de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS.

OU

200 points fixes

2. 100% des médecins (associés ou vacataires) de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS

Ou

3. la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS

Absence de part variable

Justificatifs : OUI

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.

Les indicateurs de niveau 1 et 2 ne sont pas cumulables.

Pas de cumul possible
Rémunération maximale : 1 400 euros

Liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif de Service d'Accès aux Soins si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS (voir précisions en page suivante).

Conditions exigées pour la rémunération

Transmission de la liste des médecins

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

L'atteinte de cet indicateur est assurée par les PS « associés » et « vacataires » de la structure.

Cet indicateur est mis en place pour valoriser l'implication des médecins dans le cadre d'une organisation territoriale régulée pour répondre aux besoins de soins non programmés.

Dans le cadre de cet indicateur « Soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins », la structure qui s'engage pour que :

- 100% des médecins qui la composent participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale bénéficie de 200 points fixes.

OU

- au moins 50% des médecins associés ou vacataires qui la composent participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale bénéficie de 100 points fixes.

OU

- toutes les sollicitations du régulateur du SAS soient prises en charge bénéficie de 200 points fixes.

Pièces justificatives

► Si la structure s'engage à ce que 50% ou 100% des médecins participent au dispositif SAS :

- La vérification de l'atteinte de cet engagement est réalisée par la Caisse nationale d'assurance maladie. L'atteinte de ce niveau engagement valide par ailleurs l'indicateur de niveau 8 du forfait structure défini à l'article 20 de la convention médicale – [cf. guide méthodologique forfait structure](#).

► La structure s'engage à répondre à toutes les sollicitations du régulateur du SAS :

- L'indicateur est déclaratif, la structure fourni la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif du SAS.

Précisions concernant le calcul de l'indicateur

En fonction de son engagement, la structure bénéficie de 100 ou 200 points fixes. Il n'y a pas de cumul de points possibles.

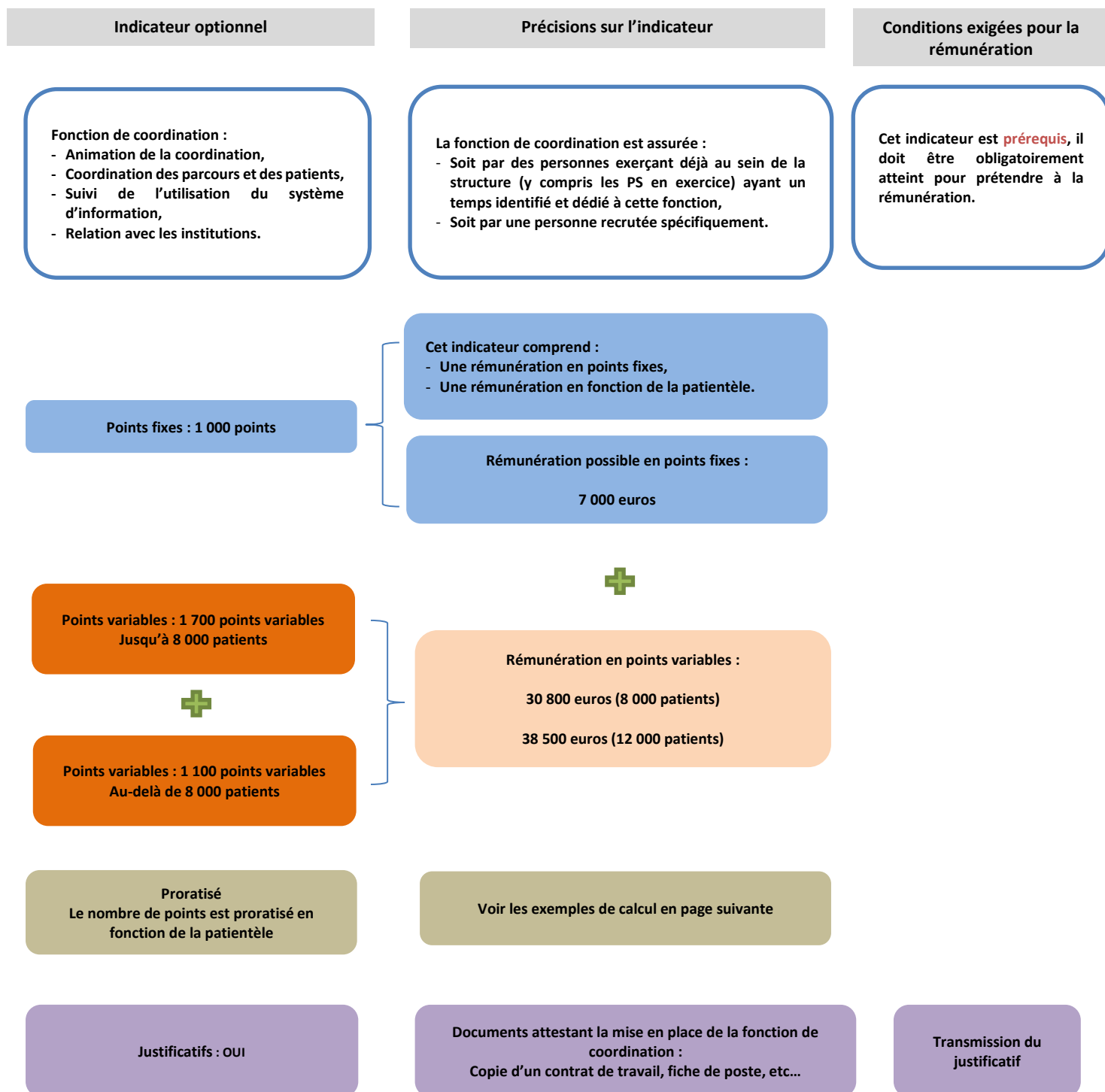
▶ **Axe 2**

**TRAVAIL EN EQUIPE
ET COORDINATION**

Indicateurs Socles et Prérequis

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %
Fixe	Fonction de coordination	1 000 points +
Variable	Jusque 8 000 patients	1 700 points
	Au-delà de 8 000 patients	1 100 points

FONCTION DE COORDINATION



Précisions concernant le calcul de l'indicateur

Pour l'indicateur fonction de coordination, la référence de 8 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proratisation est effectuée.

Exemples de calcul de la rémunération selon la patientèle de la structure :

Pour une structure ayant 6 000 patients

Nombre de points

$$\begin{aligned} &= 1\,000 \text{ points fixes} + 1\,700 \text{ points variables} \times \left(\frac{6\,000}{4\,000}\right) \\ &= 1\,000 + 2\,550 \\ &= 3\,550 \end{aligned}$$

Rémunération

$$= 3\,550 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 24\,850 \text{ euros}$$

Pour une structure ayant 8 000 patients

Nombre de points

$$\begin{aligned} &= 1\,000 \text{ points fixes} + 1\,700 \text{ points variables} \times \left(\frac{8\,000}{4\,000}\right) \\ &= 1\,000 + 3\,400 \\ &= 4\,400 \text{ points} \end{aligned}$$

Rémunération

$$= 4\,400 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 30\,800 \text{ euros.}$$

Pour une structure ayant 12 000 patients

Nombre de points

$$\begin{aligned} &= 1\,000 \text{ points fixes} + 1\,700 \text{ points variables} \times \left(\frac{8\,000}{4\,000}\right) + 1\,100 \text{ points variables} \times \left(\frac{4\,000}{4\,000}\right) \\ &= 1\,000 + 3\,400 + 1\,100 \\ &= 5\,500 \text{ points} \end{aligned}$$

Rémunération

$$= 5\,500 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 38\,500 \text{ euros.}$$

▶ **Axe 2**

**TRAVAIL EN EQUIPE
ET COORDINATION**

Indicateurs Socles

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %
Fixe	Protocoles pluri-professionnels Si la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié.	100 points/protocole (8 protocoles au maximum) + 40 points/protocole (8 protocoles au maximum)
	Concertation pluri-professionnelle <ul style="list-style-type: none"> Si au moins 6 réunions par an et un nombre de dossiers étudiés correspondant à 5 % des patients médecins traitants présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans. 	1 000 points + 200 points
Variable		
Fixe	<ul style="list-style-type: none"> Si la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié. 	200 points

PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS

Indicateur Socle	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Elaborer des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé 	<p>Sont valorisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les protocoles doivent porter en priorité sur les pathologies listées à l'annexe 3 de l'ACI : Voir liste page suivante Les protocoles pour d'autres pathologies que celles listées sont examinés au cas par cas par le service médical : ils doivent répondre à une amélioration la prise en charge pluri-professionnelle de certains patients complexes Les protocoles doivent <ul style="list-style-type: none"> ✓ S'appuyer sur l'expérience les compétences des professionnels concernés, ✓ être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...), ✓ être adaptés à chaque équipe, ✓ répondre à un vrai besoin, ✓ formaliser et harmoniser des pratiques existantes, ✓ être simples, aisément consultables lors des soins, ✓ préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand ») Les protocoles n'ont pas à être transmis à la HAS pour validation Les protocoles ne doivent pas se limiter à formaliser : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Une simple dérogation de tâches entre professionnels impliqués dans la prise en charge du patient ✓ Un rappel sur les conduites à tenir dans certaines situations (fièvre, vomissement etc...) ✓ Un adressage vers un médecin correspondant 	<p>L'indicateur est socle avec une atteinte progressive – pour être atteint au moins 1 protocole doit être réalisé</p>
<p>points fixes = 100 points par protocole Limité à 8 protocoles (800 points maximum)</p>	<p>1 protocole = 100 points 2 protocoles = 200 points 8 protocoles = 800 points 9 protocoles = 800 points (seuls 8 protocoles sont valorisés)</p> <p>Rémunération maximum pour 8 protocoles = 5 600 euros</p>	
<p>Justificatifs = OUI</p>	<p>Chaque protocole élaboré doit être transmis</p>	<p>Le justificatif doit être transmis (copie du protocole)</p>
<p>Si présence d'un IPA : + 40 points fixes par protocole</p>	<p>Point fixes : + 40 points maximum/protocole Limité à 8 protocoles maximum (soit 140 points maximum si présence d'1 IPA)</p> <p>Soit :</p> <p>1 protocole : 140 points 2 protocoles : 280 points 8 protocoles : 1 120 points 9 protocoles : 1 120 points</p>	

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Pour atteindre cet indicateur, 1 seul protocole élaboré suffit pour être rémunéré : 100 points sont valorisés. Toutefois, si la structure réalise 9 protocoles et plus, seuls 8 protocoles seront valorisés (soit 800 points).

Il est à noter que plusieurs protocoles peuvent être valorisés pour un même thème.

Les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes listés à l'annexe 3 de l'ACI :

Thèmes listés à l'annexe 3 de l'ACI

- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Des thèmes hors listes peuvent également être proposés. **Dans ce cas, les services médicaux émettent un avis sur la possibilité de valoriser ces protocoles « hors listes » dans le cadre de l'ACI.**

CONCERTATION PLURI-PROFESSIONNELLE

Indicateur Sode	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle avec les professionnels de la structure</p> <p>Nécessité :</p> <ul style="list-style-type: none"> d'au moins 6 réunions par an d'au moins 5% des patients « médecins traitants » en ALD et des patients âgés de plus de 75 ans doivent faire l'objet de dossiers étudiés 	<p>Ces réunions ont pour rôle de définir la stratégie de prise en charge du patient et de coordonner sa mise en œuvre par les différents professionnels</p> <p>Ces réunions doivent être formalisées par des comptes rendus – ceux-ci sont tenus à la disposition du médecin conseil (en cas de demande de celui-ci)</p> <p>Les comptes rendus doivent être intégrés dans le dossier informatisé du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et une alimentation du dossier médical partagé <p>Les dossiers des patients examinés au cours de ces réunions sont ceux atteints de pathologies listées en annexe 3 de l'ACI</p> <ul style="list-style-type: none"> Voir liste ci-après 	<p>L'indicateur est sode avec une atteinte progressive – pour être atteint</p> <ul style="list-style-type: none"> au moins 6 réunions doivent être réalisées Le % de dossiers examinés est > à 0%
<p>points variables 1 000 points en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"> de la patientèle du nombre de dossiers étudiés (voir modalités de calcul ci-après) De la date d'adhésion au contrat 	<p>Pour bénéficier de 1 000 points soit 7 000 euros :</p> <ul style="list-style-type: none"> Patientèle de 4 000 patients Nombre de dossiers = à 5% des patients « médecins traitants » : <ul style="list-style-type: none"> ✓ âgés de + de 75 ans (ALD ou non) Ou ✓ En ALD Au moins 6 réunions 	
<p>Proratisé</p> <p>Le nombre de points est proratisé en fonction de la patientèle et de la date d'adhésion au contrat</p>	<p>Voir calcul ci-dessous</p>	
<p>Dérogation 1</p> <p>Pour les années 2017 et 2018, dérogation prévue pour le calcul des dossiers examinés</p> <p>Voir précisions ci-après</p>	<p>Pour 2017 ET 2018</p> <p>La patientèle prise en compte est élargie à celle des enfants âgés de 0 à 16 ans en ALD ayant justifié d'au moins 2 soins de médecins généralistes de la structure au cours de l'année</p>	
<p>Justificatifs = OUI</p>	<p>La structure doit transmettre</p> <ul style="list-style-type: none"> le nombre de dossiers examinés à chaque réunion de concertation le calendrier des réunions de concertations sur l'année civile Les comptes rendus des réunions (non transmis mais tenu à la disposition du service médical si besoin) 	<p>Le justificatif doit être transmis</p>

Si présence d'un IPA :
+ 200 points variables

200 points variables en fonction :

- de la patientèle,
- du nombre de dossiers

Voir l'exemple de calcul - situation n°3 p32

Dès lors que la structure intègre parmi ses PS un IPA libéral ou salarié

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Cet indicateur est proratisable en fonction :

- de la date d'adhésion
- du nombre de réunions,
- du nombre dossiers

Cette proratisation permet un traitement équitable entre une structure adhérant en janvier et une autre en novembre.

Les dossiers étudiés dans le cadre des réunions de concertation doivent concerner les pathologies listées en annexe 3 de l'ACI (voir ci-dessous) :

- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Précisions concernant le calcul de l'indicateur

Méthodologie de calcul

La patientèle correspond à la patientèle médecin traitant déclarée en ALD **ou** âgés de plus de 75 ans (au 31 décembre de l'année de référence) déclarée des médecins associés de la structure.

Éléments de calcul – assiette de référence	<ul style="list-style-type: none"> • Patientèle de référence • Patientèle ALD (moins de 75 ans) • Patientèle de + de 75 ans (hors ALD) • Patientèle de + de 75 ans et en ALD • 6 réunions minimum (proratisé à la date d'effet du contrat) • 5% de dossiers étudiés • Date d'effet
--	---

• Situation n°1	
Patientèle de référence de la structure	• 8 000 patients
Patientèle ALD (moins de 75 ans)	• 300
Patientèle de + de 75 ans (hors ALD)	• 200
Patientèle de + de 75 ans et en ALD	• 150
Nombre de réunions	• 6
Nombre de dossiers étudiés	• 50
Date d'effet	• 01/01
Présence d'une IPA parmi les PS	• NON
% de dossiers étudiés	<p>Base de calcul = 650 patients – 50 dossiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • 300 = Patientèle ALD (moins de 75 ans) ▪ 200 = Patientèle de + de 75 ans (hors ALD) ▪ 150 = Patientèle de + de 75 ans et en ALD $\left(\frac{\text{nombre de dossiers (renseigné par la caisse)}}{\text{nombre de patients ayant une ALD ou ayant 75 ans ou plus}} \right) * 100$ $= \frac{50}{650} * 100 = 7,69\%$ <hr/> <p>Le résultat est > à 5% alors la MSP bénéficie des 1 000 points (variables) proratisés à la patientèle de la MSP (base 4000 patients).</p> <p>alors la MSP obtient</p> $1000 * \left(\frac{\text{patientèle MT}}{4000} \right)$ <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px; background-color: #e6f2ff;"> $1000 * \left(\frac{8000}{4000} \right) = 1000 * 2 = 2000 \text{ points}$ </div>

• **Situation n°2**

Patientèle de référence de la structure	• 8 000 patients
Patientèle ALD (moins de 75 ans)	• 300
Patientèle de + de 75 ans (hors ALD)	• 200
Patientèle de + de 75 ans et en ALD	• 150
Nombre de réunions	• 6
Nombre de dossiers étudiés	• 30
Date d'effet	• 01/01
Présence d'une IPA parmi les PS	• NON
• NON	

% de dossiers étudiés	<p>Base de calcul = 650 patients – 30 dossiers</p> <ul style="list-style-type: none"> • 300 = Patientèle ALD (moins de 75 ans) ▪ 200 = Patientèle de + de 75 ans (hors ALD) ▪ 150 = Patientèle de + de 75 ans et en ALD $\left(\frac{\text{nombre de dossiers (renseigné par la caisse)}}{\text{nombre de patients ayant une ALD ou ayant 75 ans ou plus}} \right) * 100$ $= \frac{30}{650} * 100 = 4,61\%$
	<p>Le résultat est > à 0 et < à 5%, alors la MSP bénéficie de 1 000 points proratisés au taux obtenu (base 5%) et à la patientèle de référence (base 4000 patients).</p>
	<p>alors la MSP obtient</p> $1000 * \left(\frac{\text{patientèle MT}}{4000} \right) * \left(\frac{4,61}{5} \right)$ <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> $1000 * \left(\frac{8000}{4000} \right) * \left(\frac{4,61}{5} \right) = 1000 * 2 * 0,922 = 1\ 844 \text{ points}$ </div>

• **Situation n°3**

Patientèle de référence de la structure	• 8 000 patients
Patientèle ALD (moins de 75 ans)	• 300
Patientèle de + de 75 ans (hors ALD)	• 200
Patientèle de + de 75 ans et en ALD	• 150
Nombre de réunions	• 6
Nombre de dossiers étudiés	• 30
Date d'effet	• 01/01
Présence d'1 IPA parmi les PS	• OUI

Base de calcul = **650 patients – 30 dossiers**

- 300 = Patientèle ALD (moins de 75 ans)
- 200 = Patientèle de + de 75 ans (hors ALD)
- 150 = Patientèle de + de 75 ans et en ALD

$$\left(\frac{\text{nombre de dossiers (renseigné par la caisse)}}{\text{nombre de patients ayant une ALD ou ayant 75 ans ou plus}} \right) * 100$$

$$= \frac{30}{650} * 100 = 4,61\%$$

Le résultat est > à 0 et < à 5%, on accorde les 1 000 points proratisés au taux obtenu (base 5%) et à la patientèle de référence (base 4000 patients).

alors la MSP obtient

$$1000 * \left(\frac{\text{patientèle MT}}{4000} \right) * \left(\frac{4,61}{5} \right)$$

% de dossiers étudiés

$$1000 * \left(\frac{8000}{4000} \right) * \left(\frac{4,61}{5} \right) = 1000 * 2 * 0,922 = 1 844 \text{ points}$$

Présence d'1 IPA, on accorde les 200 points proratisés à la patientèle de référence (base 4000 patients).

$$1000 * \left[\left(\frac{\text{patientèle MT}}{4000} \right) * \left(\frac{4,61}{5} \right) \right] + 200 * \left[\left(\frac{\text{patientèle MT}}{4000} \right) * \left(\frac{4,61}{5} \right) \right] =$$

$$= 1000 * (2 * 0,922) + 200 * (2 * 0,922)$$

$$= 1 844 + 368,8$$

$$= 2 212,80 \text{ points}$$

▶ **Axe 2**

**TRAVAIL EN EQUIPE
ET COORDINATION**

Indicateurs Optionnels

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %	
Fixe	Formation de professionnels de santé <ul style="list-style-type: none"> Au moins 2 stages dans l'année pour valorisation de l'indicateur Un 3^{ème} et un 4^{ème} stage peuvent être valorisés. 	450 points 225 points/stage	
	Variable	Coordination externe	200
Fixe	Démarche qualité 1 ^{er} niveau : Le diagnostic de maturité	100 points	
Variable		2 ^{ème} niveau : La planification et la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité	200 points
Variable		3 ^{ème} niveau : Production des résultats et conclusions	300 points
Fixe	Protocoles nationaux de coopération (PNC) des soins non programmes	100 points/protocole (6 protocoles au maximum)	
Variable	Parcours Insuffisance Cardiaque	100 points	
Fixe	Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »	100 points	

**TRAVAIL EN EQUIPE ET
COORDINATION**

FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Former des jeunes professionnels de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au moins 2 stages par an - Un 3^{ème} et un 4^{ème} stage peuvent être valorisés. 	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.</p> <p>La structure doit accueillir au moins 2 stagiaires professionnelles de santé dans l'année N, quelle que soit la profession de santé (médecin, chirurgien, dentiste, etc...).</p>	<p>Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.</p> <p>Pour atteindre cet indicateur, il faut que la structure forme un minimum de 2 stagiaires différent dans l'année.</p> <p>Pas de valorisation au-delà du 4^{ème} stage.</p>
<p>1^{er} et 2nd stage 450 points</p> <p>3^{ème} stage 225 points</p> <p>4^{ème} stage 225 points</p>	<p>Si 2 stages réalisés : 450 points</p> <p>Si 3 stages réalisés : 675 points</p> <p>Si 4 stages réalisés : 900 points</p> <p>Si 5 stages et au-delà réalisés : 900 points</p>	
<p>900 points fixes maximum :</p> <p>1^{er} et 2nd stage (450 points) + 3^{ème} stage (225 points) + 4^{ème} stage (225 points)</p>	<p>La rémunération maximum possible : 6 300 euros</p>	
<p>Justificatif : OUI</p>	<p>La structure doit transmettre tout document attestant de la réalisation des stages :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attestation de stages, - Conventions de stages, <p>et permettant d'identifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le stagiaire (nom/prénom), - La profession du stagiaire (médecin, chirurgien-dentiste, etc...) - Les dates de stages. 	<p>Transmission des justificatifs</p>

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Statut de préparateur en pharmacie

Le contrat de professionnalisation confère un statut de salarié au préparateur en pharmacie, il n'a donc pas le statut de stagiaire. Or l'accord précise bien que les pièces justificatives doivent être une convention de stage et une attestation de stage.

Stagiaires de nationalité étrangère

À titre dérogatoire, et en fonction de la situation géographique des MSP (situées près des zones frontalières), l'atteinte de cet indicateur peut être accordée en cas de stagiaires de nationalité étrangère.

COORDINATION EXTERNE

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Mettre en place une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé pour la prise en charge des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> Vers les professionnels de santé extérieurs à la structure Vers les services et établissements de santé en cas d'hospitalisation Vers les établissements et services médico sociaux 	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas</p> <p>Cette procédure permet notamment la transmission du volet médical de synthèse (VMS) établi par le médecin traitant et complété par les informations recueillies par les autres professionnels de la structure</p> <p>Un dossier médical partagé est ouvert et alimenté par les informations contenues dans le volet médical de synthèse (VMS)</p>	<p>Cet indicateur n'est pas obligatoire – C'est un bonus de rémunération pour la structure</p>
<p>points variable = 200 points maximum</p> <ul style="list-style-type: none"> Pour une patientèle de référence de 4 000 patients 	<p>La rémunération maximum = 1 400 (pour une patientèle de 4 000 patients)</p>	
<p>Proratiser</p> <p>Le nombre de point est proratisé en fonction de la patientèle</p>	<p>Pour une structure ayant 3 000 patients =</p> <p>$200 \text{ points} * (3\,000 \text{ patients} / 4\,000 \text{ patientèle de référence}) = 150 \text{ points}$</p>	
<p>Justificatifs = OUI</p>	<p>La structure doit transmettre tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé pour la prise en charge des patients</p>	<p>Transmission des justificatifs</p>

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Pièces justificatives

- Le document servant de pièce justificative doit préciser la procédure mise en place pour transmettre et recueillir les données de santé du patient : par exemple, une fiche de transfert entre la structure et les établissements reprenant un minimum d'informations (coordonnées du patient, coordonnées du médecin traitant, antécédent personnels et familiaux, principales constantes, indications thérapeutiques en cours etc...) peut être considérée comme recevable pour cet indicateur.
- La signature d'une convention peut être une pièce justificative si elle décrit avec précision la procédure mise en place (voir ci-dessus)

Précisions concernant le calcul de l'indicateur

La référence de 4 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proratisation est effectuée si la patientèle de la structure se situe au-dessus ou en dessous de cette assiette.

DEMARCHE QUALITE

Indicateur optionnel

La structure met en place une démarche d'auto-évaluation qui vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient.

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.
Les 2^{ème} et 3^{ème} niveaux sont soumis à l'atteinte des niveaux inférieurs.
Les 3 niveaux peuvent se cumuler.

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

L'atteinte de cet indicateur est partagée par l'ensemble de l'équipe.

100 points fixes

1^{er} niveau

Le diagnostic de maturité :

- Désigner un référent « qualité » en charge d'animer et suivre la démarche auprès de l'équipe,
- Identifier une action et un objectif d'amélioration en fonction de la situation de la structure (parmi les thèmes indiqués en page suivante).

Niveau 1 : 100 points fixes maximum

200 points variables

2^{ème} niveau

La planification et la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité :

- Définir :
 - o les points d'amélioration,
 - o le plan d'actions à mettre en œuvre,
- Déployer le plan d'actions.

Point variables :

Pour une patientèle de référence de 4 000 patients :

- Niveau 2 : 200 points
- Niveau 3 : 300 points

300 points variables

3^{ème} niveau

Production des résultats et conclusions :

- Fournir des données qualitatives et quantitatives (bilan) permettant une analyse critique des actions mises en place,
- Établir un bilan des résultats par rapport aux objectifs définis (niveau 1) ou réviser le plan d'actions si nécessaire.

La rémunération du :

- Niveau 2 :
 - ↳ 1 400 euros (pour une patientèle de 4 000 patients).
- Niveau 3 :
 - ↳ 2 100 euros (pour une patientèle de 4 000 patients).

- L'atteinte du niveau 2 est conditionnée à l'atteinte du niveau 1,
- L'atteinte du niveau 3 est conditionnée à l'atteinte des niveaux 1 et 2.

Proratisé

Le nombre de points est proratisé en fonction de la patientèle

Pour une structure ayant 3 000 patients et ayant atteint les 3 niveaux :

$$100 \text{ points (niv 1)} + \left[(200 \text{ points (niv2)}) * \frac{3\,000 \text{ patients}}{4\,000 \text{ patientèle de référence}} \right] + (300 \text{ points (niv 3)}) * \left(\frac{3\,000 \text{ patients}}{4\,000 \text{ patientèle de référence}} \right) = 475 \text{ points}$$

Justificatif : OUI

La structure doit mettre à disposition tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau.

Transmission des documents

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Atteinte du niveau 1

Pour atteindre le 1^{er} niveau de la démarche qualité, la structure doit désigner un référent qualité chargé d'animer et suivre la dynamique auprès de l'équipe.

La structure doit également s'engager, à travers le diagnostic de maturité, à travailler une thématique parmi les axes d'amélioration de la qualité suivants :

- continuité des soins (ex : organisation du cabinet, en aval d'une sortie d'hospitalisation, ...),
- situations médico-sociales (approches populationnelles),
- collaboration et coordination pluri professionnelles autour de certains patients complexes nécessitant plusieurs intervenants (soins médicaux, infirmiers, kiné...), de situations à risque comme la sortie immédiate d'hospitalisation,....
- délégation et coordination pluri professionnelles autour de certaines pathologies (protocoles pluri professionnels de soins,...),
- accès aux soins (ex : plages d'horaires d'ouverture, plages horaires dédiés aux soins non programmés, participation à une CPTS, mise en œuvre de protocoles nationaux voire de protocoles locaux, ...),
- actions de prévention en l'absence de pathologie (ex : vaccination, éducation pour la santé, dépistages,...) ou visant à compléter une prise en charge curative (éducation thérapeutique).

Pièces justificatives

Pour permettre la vérification des critères d'atteinte des différents niveaux de la démarche qualité mise en place, la structure met à disposition, pour chacun des niveaux, tout document en attestant l'état d'avancement (des modèles sont disponibles sur ameli.fr <https://www.ameli.fr/exercice-coordonne/exercice-professionnel/remunerations-forfaitaires-organisations-exercice-coordonne/remuneration-des-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles>):

Niveau 1 :

- Désignation d'un référent qualité de la démarche,
- État des lieux,
- Argumentaire du choix du ou des thèmes nécessitant une action d'amélioration,
- Détermination d'un objectif parmi la liste susvisée.

Niveau 2 :

- Plan d'action (description du référentiel/processus/détermination des indicateurs d'avancé...).

Niveau 3 :

- Bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis,
- Révision du plan d'actions si nécessaire.

Précisions concernant le calcul de l'indicateur

La référence de 4 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proratisation est effectuée si la patientèle de la structure se situe au-dessus ou en dessous de cette assiette.

PROTOCOLES NATIONAUX DE COOPERATION (PNC) DES SOINS NON PROGRAMMES

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>La structure met en œuvre des protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020).</p> <p>La mise en place des 6 protocoles nationaux de coopération dans le cadre de structures pluriprofessionnelles vise à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accès aux soins pour des demandes de soins non programmés de façon qualitative et sécurisée ; - Favoriser la coopération entre professionnels de santé. 	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.</p> <p>Le médecin généraliste (déléguant) délègue à des professionnels de santé non médecins (délégués) la démarche clinique (confirmation ou non du diagnostic) et la prise en charge thérapeutique prévue par chaque protocole :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute; 2. Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute; 3. Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'État de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans; 4. Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie; 5. Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État <u>et</u> le pharmacien d'officine; 6. Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État <u>ou</u> le pharmacien d'officine. 	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas. Pour être atteint au moins 1 protocole doit être réalisé.</p> <p>Quatre professions de santé sont impliquées dans ces six PNC : médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pharmacien.</p> <p>Pour que l'indicateur soit atteint, chaque profession déléguée concerné par un protocole doit être représentée parmi les PS de la structure.</p>
<p>100 points fixes par protocole Limité à 6 protocoles (600 points maximum)</p>	<p>1 : protocole : 100 points 2 protocoles : 200 points 6 protocoles : 600 points 7 protocoles : 600 points</p> <p>Rémunération maximum pour 6 protocoles : 4 200 euros</p>	
<p>Justificatifs : NON</p>		

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Le dispositif des protocoles nationaux de coopération (PNC) vise à accélérer la mise en place de coopérations entre les médecins et les autres professionnels de santé, notamment pour l'accès à des soins non programmés.

Six protocoles nationaux dans le cadre des maisons de santé-pluri professionnelles ont fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé. Sous réserve de leur déclaration auprès de leur ARS, les structures peuvent mettre en œuvre les protocoles suivants :

- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l'infirmier diplômé d'État et le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de l'enfant de 12 mois à 12 ans de l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle.

Dans le cadre de ces protocoles, **le médecin généraliste « déléguant »** délègue à des **professionnels de santé non médecins « délégués »** la démarche clinique et la prise en charge thérapeutique prévue par chaque protocole.

Le professionnel de santé « délégué » applique strictement les termes prévus par les différents protocoles. La mise en œuvre des PNC nécessite le consentement des patients.

Le parcours du patient dans le cadre des protocoles

La prise en charge de ces soins non programmés se fait par des professionnels non médecins en coopération formalisée par les protocoles avec le médecin généraliste déléguant au sein de structures pluri-professionnelles. **Les déléguants et délégués font partie de la même équipe pluridisciplinaire.** Les structures devront mettre en place les prescriptions-types (ordonnances types) pré-établies prévues dans les protocoles qui seront signées par le médecin déléguant et mise à la disposition des délégués.

Chaque protocole précise les caractéristiques des patients pouvant être pris en charge dans le cadre de ces protocoles et les critères d'exclusion.

Pièces justificatives

La mise en œuvre des protocoles nationaux de coopération est soumise à la déclaration préalable auprès de l'ARS via l'application en ligne « Démarches simplifiées » dédiée du site internet du ministère chargé de la santé : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>.

La structure ne fournit pas de document justificatif à la Caisse primaire d'assurance maladie. Les vérifications de déclaration et d'atteinte de cet engagement sont réalisées par la Caisse nationale d'assurance maladie depuis l'application « Démarches simplifiées ».

PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE

Indicateur optionnel

La structure inscrit sa participation au parcours de soins des patients ayant une insuffisance cardiaque dont l'objectif est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques.

100 points variables

Proratisé : Le nombre de points niveau est proratisé en fonction de la patientèle

Justificatifs : OUI

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.

La participation au parcours « Insuffisance Cardiaque » répond aux critères suivants :

- L'identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) **ET/OU** de la patientèle présentant une pathologie à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque (patientèle IC-);
 - L'optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ;
 - L'optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque.
- Promotion de l'éducation

100 points variables pour une patientèle de référence de 4 000 patients.

Pour une structure ayant 3 000 patients :

$$100 \text{ points} * \left(\frac{3\,000 \text{ patients}}{4\,000 \text{ patientèle de référence}} \right) = 75 \text{ points}$$

Transmission de documents attestant de l'intégration dans le parcours et comprenant notamment, à compter de 2023, les informations concernant :

- le nombre de patients insuffisants cardiaques,
- le nombre de patients insuffisants cardiaques « incidents »,
- le nombre de patients nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement.

Conditions exigées pour la rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

- Attestation sur l'honneur de participation,
- Protocole

Pièces justificatives

À compter de l'exercice 2023

La structure transmet tous documents attestant de l'intégration dans le parcours (attestation sur l'honneur de participation accompagné du protocole). À compter de 2023, le document doit préciser notamment les informations concernant :

- le nombre de patients insuffisants cardiaques,
- le nombre de patients insuffisants cardiaques « incidents »,
- le nombre de patients nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement.

COORDINATION D'UN PARCOURS « SURPOIDS OU OBESITE DE
L'ENFANT »

Indicateur optionnel

La structure inscrit sa participation dans un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité, tel que défini dans le code de la santé publique.

La MSP qui participe au parcours national concernant le surpoids et l'obésité de l'enfant (MRTC) bénéficie d'une valorisation de 100 points fixes maximum

Précisions sur l'indicateur

Cet indicateur est **optionnel** : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas.

Ce parcours permet la mise en œuvre d'un parcours d'accompagnement réalisé par les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles pour les enfants, **de 3 à 12 ans inclus**, en situation de surpoids ou d'obésité. Il comprend un bilan d'activité physique ainsi que des séances de suivi diététique et psychologique.

1. La structure répond à **1 seule mission de santé publique** sur :

- la thématique « Surpoids et obésité chez l'enfant » et remplit l'indicateur coordination d'un parcours « Surpoids ou obésité de l'enfant » :
↳ **+ 100 points**

- les autres thématiques et remplit l'indicateur coordination d'un parcours « Surpoids ou obésité de l'enfant » :
↳ **0 point**

2. La structure répond à **2 missions de santé publique ou plus** quelle que soit la thématique et remplit l'indicateur coordination d'un parcours « Surpoids ou obésité de l'enfant » :
↳ **+ 100 points**

La rémunération maximum possible : 700 euros

Conditions exigées pour la
rémunération

Cet indicateur n'est pas obligatoire. C'est un bonus de rémunération pour la structure.

Pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure qui ne remplit qu'une seule « Mission de santé publique » de l'Axe Accès aux soins cf. page 14 du présent document doit répondre au thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 2).

Cette condition ne s'applique pas aux structures qui répondent à au moins 2 missions de santé publique.

Justificatifs : NON

▶ **Axe 3**

SYSTÈME D'INFORMATION

Indicateur Socle et Prérequis

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %
Fixe	Système d'information de niveau standard La structure dispose d'un système d'information labellisé niveau « standard » par l'ANS intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'une structure pluri-professionnelle.	500 points
Variable		+ 200 points jusque 16 PS associés + 150 points à compter du 17^{ème} PS associé

SYSTEME D'INFORMATION DE NIVEAU STANDARD

Indicateur Socle-prérequis	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Mise en place d'un système d'information labellisé e-santé par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) de niveau « standard »</p>	<p>Le système doit être labellisé par l'ANS de niveau « Standard ». Il intègre les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement de la structure.</p> <p>La liste des logiciels labellisés e-santé est accessible sur le site de l'ANS : https://esante.gouv.fr/offres-services/label-esante/solutions-labellisees</p> <p>Les dossiers des patients sont informatisés et partagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moyen d'habilitations différenciées, - entre les PS intervenant dans la prise en charge du patient. 	<p>Cet indicateur est prérequis, il doit être obligatoirement atteint pour prétendre à la rémunération.</p>
<p>Points fixes : 500 points</p>	<p>Cet indicateur comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une rémunération en points fixes, - Une rémunération variant en fonction du nombre de PS associés. 	
<p>Points variables : 200 points</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par professionnels de santé associé à la structure jusqu'à 16 professionnels 	<p>Rémunération possible en points fixes :</p> <p>3 500 euros</p>	
<p>Points variables : 150 points</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par professionnel de santé associé à la structure à compter du 17^{ème} professionnel 	<p>Rémunération en points variables :</p> <p>22 400 euros (16 professionnels associés)</p> <p>26 600 euros (20 professionnels associés)</p>	
<p>Proratisé</p> <p>Le nombre de points est proratisé en fonction de la date d'acquisition du logiciel</p>	<p>La rémunération est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.</p>	
<p>Justificatif : OUI</p>	<p>La structure doit transmettre les documents attestant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La labellisation de l'ANS et de niveau « standard » du logiciel, - La date d'acquisition du logiciel, - Une copie des factures du logiciel 	<p>Le justificatif doit être transmis.</p>

Précisions concernant la mesure de l'atteinte de l'indicateur

Il n'est pas nécessaire que chaque professionnel associé de la structure soit équipé individuellement. La structure doit s'organiser pour acquérir un nombre de logiciels suffisant pour permettre un fonctionnement optimal.

L'équipement en logiciels par la structure peut se faire en plusieurs temps : la date prise en compte, pour la proratisation, sera celle de la 1^{ère} acquisition de logiciels pour la structure.

Liste des professionnels au sens du code de la santé publique

► Professions médicales :

- *Médecins des différentes spécialités médicales,*
- *Médecins à expertise particulière (MEP),*
- *Sages-femmes,*
- *Chirurgiens-dentistes ;*
- *Pharmaciens ;*
- *Biologistes.*

► Professions d'auxiliaires médicaux :

- *Infirmier(e) et Infirmier(e) IPA,*
- *Masseur-Kinésithérapeute,*
- *Pédicure-podologue, Ergothérapeute et Psychomotriciens,*
- *Orthophoniste,*
- *Orthoptiste,*
- *Manipulateur d'électroradiologie médicale ou ERM et technicien de laboratoire médical,*
- *Audioprothésiste,*
- *Opticien-lunetiers,*
- *Prothésiste et Orthésiste,*
- *Diététicien,*
- *Aide-soignant,*
- *Auxiliaire de puériculture,*
- *Ambulancier*
- *Assistant dentaire.*

Précisions concernant le calcul de l'indicateur

Cet indicateur est calculé sur le nombre de professionnels de santé **associés** de la structure.

NB : Les médecins ayant un statut de collaborateur libéral auprès d'un médecin exerçant en tant qu'associé d'une MSP peuvent être considérés en tant qu'« associé » de la structure, même si ils ne figurent pas en tant que tels dans les statuts de la maison de santé.

Exemples de calcul de la rémunération selon le nombre de professionnels associés de la structure :

Date d'effet au 01/01	
Pour une structure de 13 PS associés	Pour une structure de 20 PS associés
Nombre de points = 500 points fixes + 200 points variables x 13 PS = 500 + 2 600 = 3 100 points	Nombre de points = 500 points fixes + 200 points variables x 16 PS + 150 points variables x 4 = 500 + 3 200 + 600 = 4 300 points
Rémunération = 3 100 points x 7 euros = 21 700 euros	Rémunération = 4 300 points x 7 euros = 30 100 euros.
En cas d'acquisition du logiciel en cours d'année d'exercice, le nombre de points est proratisée en fonction de cette date	

SYSTÈME D'INFORMATION

Indicateur Optionnel

Rémunération fixe ou variable	Indicateur	Nombre de points pour une atteinte de l'objectif à 100 %
Fixe	Système d'information de niveau avancé La structure dispose d'un système d'information de niveau « avancé » labellisé par l'ANS.	100 points

SYSTÈME D'INFORMATION DE NIVEAU AVANCE

Indicateur Socle-prérequis	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Mise en place d'un système d'information labellisé e-santé par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) de niveau « avancé »</p>	<p>Le système doit être labellisé par l'ANS de niveau « avancé ». Il intègre les fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement de la structure.</p> <p>La liste des logiciels labellisés e-santé est accessible sur le site de l'ANS : https://esante.gouv.fr/offres-services/label-esante/solutions-labellisees</p> <p>Les dossiers des patients sont informatisés et partagés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au moyen d'habilitations différenciées, - entre les PS intervenant dans la prise en charge du patient. 	<p>Cet indicateur est optionnel, la structure choisit si elle le remplit ou pas.</p> <p>C'est un bonus de rémunération pour la structure.</p>
<p>Points fixes : 100 points Cumul possible avec l'indicateur concernant le système d'information de niveau standard.</p>	<p>Rémunération possible fixe : 700 euros</p>	
<p>Justificatif : OUI</p>	<p>La structure doit transmettre les documents attestant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La labellisation de l'ANS et de niveau « avancé » du logiciel, - La date d'acquisition du logiciel, - Une copie des factures du logiciel 	<p>Le justificatif doit être transmis.</p>