

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes and two thin blue lines. One line starts from the top left and extends towards the center, passing through the top and middle circles. Another line starts from the top right and extends towards the bottom right, passing through the middle and bottom circles. The circles are semi-transparent and have a slight gradient.

GUIDE DES INDICATEURS

ACI pour la rémunération des structures pluri-professionnelles

FICHE INDICATEUR

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

CNAMTS/DDGOS/DPROF
octobre/2017

SOMMAIRE

1.	HORAIRES D'OUVERTURE ET SOINS NON PROGRAMMES.....	2
2.	FONCTION DE COORDINATION.....	4
3.	SYSTEME D'INFORMATION NIVEAU STANDARD.....	6
4.	PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS.....	8
5.	CONCERTATION PLURI-PROFESSIONNELLE	10
6.	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	13
7.	ORGANISATION DE CONSULTATIONS DE SPECIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGES-FEMMES OU CHIRURGIENS- DENTISTES OU PHARMACIENS EXTERIEURS A LA STRUCTURE.....	15
8.	- ACCUEIL DE MEDECINS INTERVENANT DANS LA STRUCTURE DANS LE CADRE D'UN CSTM.....	16
9.	SATISFACTION DES PATIENTS	17
10.	FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE	18
11.	MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE.....	19
12.	COORDINATION EXTERNE.....	20
13.	SYSTEME D'INFORMATION – NIVEAU AVANCE	21

FICHE INDICATEUR

1. HORAIRES D'OUVERTURE ET SOINS NON PROGRAMMÉS

AXE 1 « ACCES AUX SOINS »-

Indicateur Socle - prérequis

Assurer des horaires d'ouverture et des soins non programmés :

- de 8 heures à 20 heures en semaine
- le samedi matin
- pendant les congés scolaires
- une modulation de ces horaires peut être accordée (voir précisions ci-dessous)



Organiser la prise en charge de patients pour des soins non programmés

points fixes = **800 points**

Absence de part variable

Minorations

- 60 points = si amplitude horaire entre 10h et moins de 12 h par jour en semaine et le samedi matin
- 150 points = si amplitude horaire entre 8h et moins de 10 h 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 de santé, 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 consultation non programmées.

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

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

Les minorations ne s'appliquent pas si la structure a reçu une dérogation dans le cadre de 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

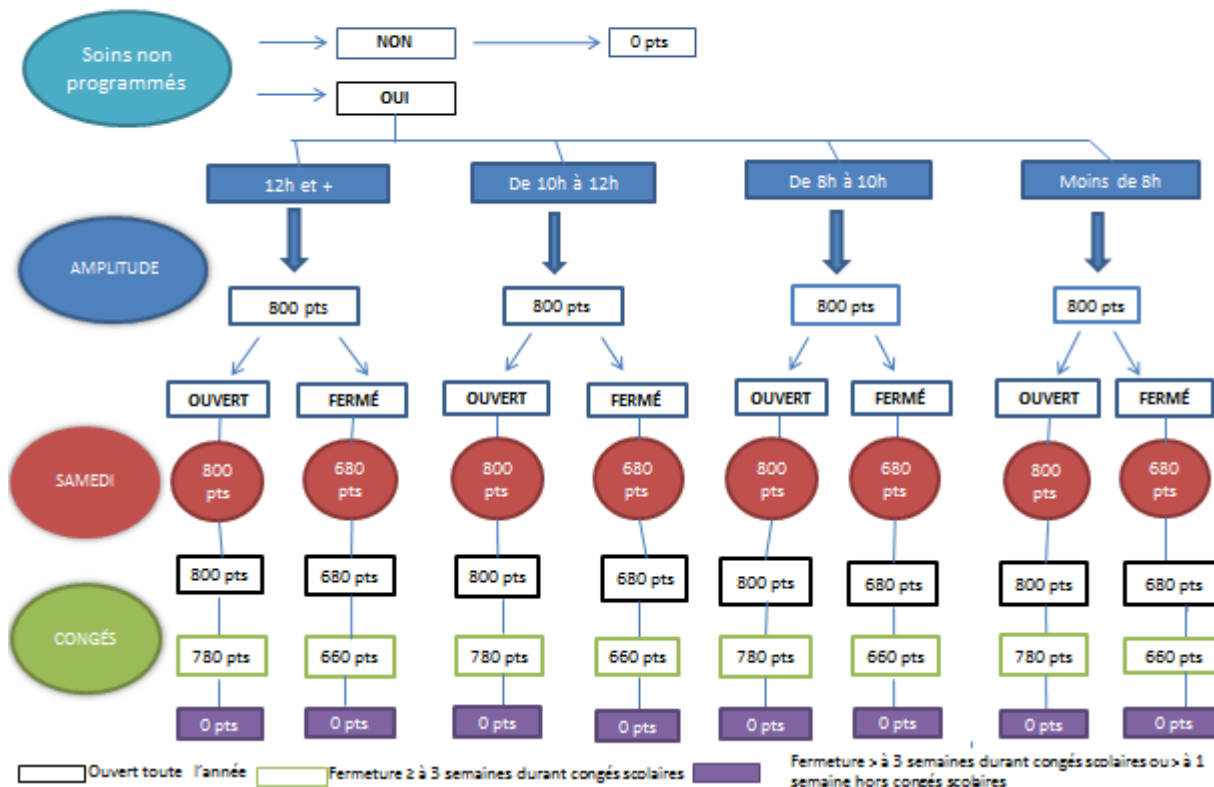
Ces 2 indicateurs sont :

- 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

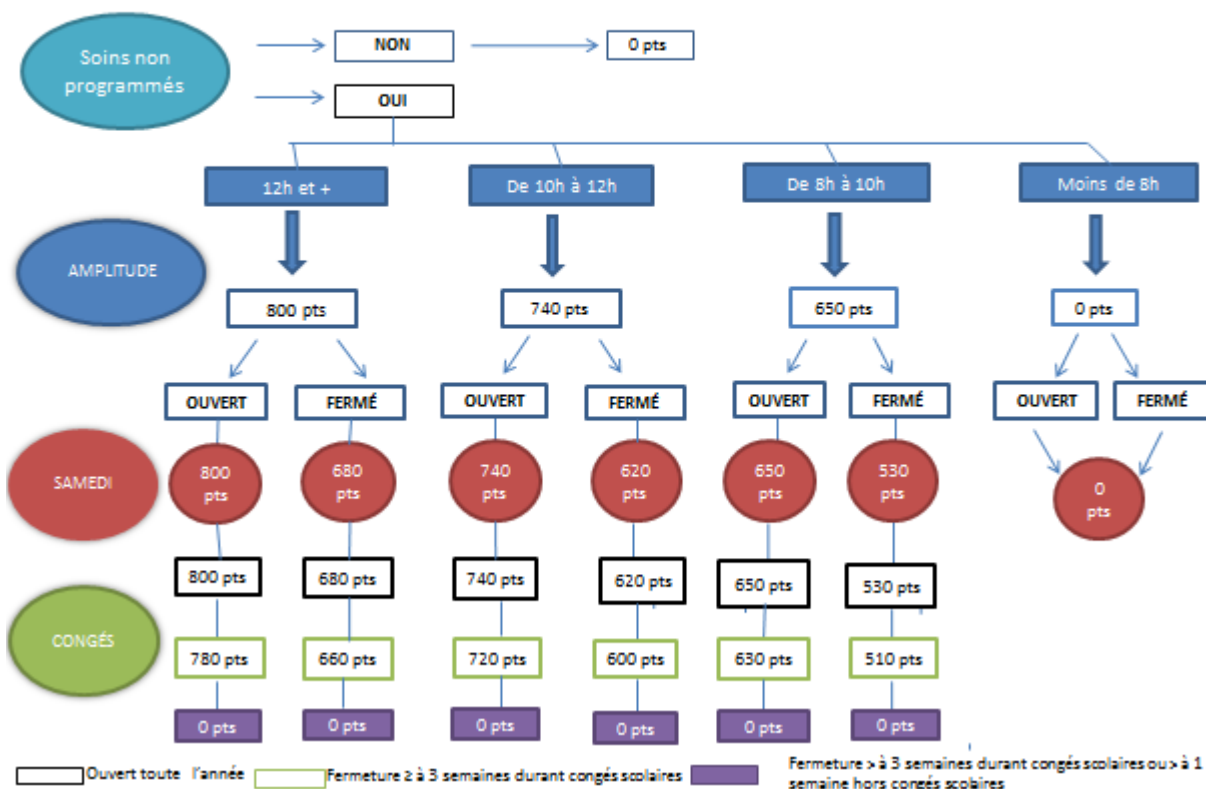
Indicateur « accessibilité de la structure » - application des minoration - règles de gestion

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



Indicateur « accessibilité de la structure » - application des minoration - règles de gestion

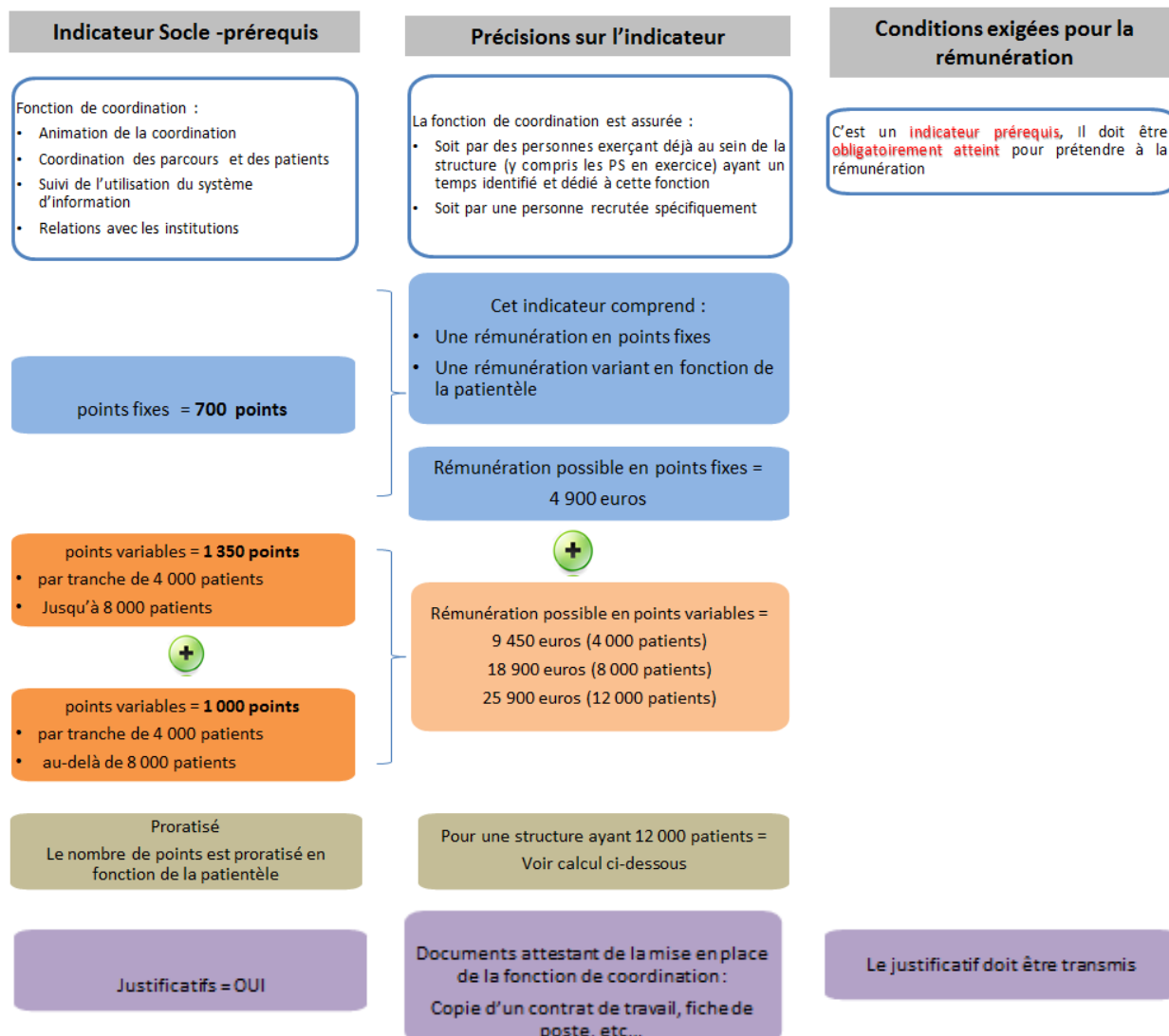
Ce calcul est effectué en prenant en compte **sans dérogation** accordée par l'ARS dans le cadre de la PDSA



FICHE INDICATEUR

2. FONCTION DE COORDINATION

- AXE 2 « TRAVAIL EN EQUIPE »



Le calcul de la patientèle est réalisé :

- selon la méthodologie indiquée dans le guide méthodologique
- par la Cnamts (caisse nationale d'assurance maladie)
- à partir des données issues des bases de remboursement de l'assurance maladie

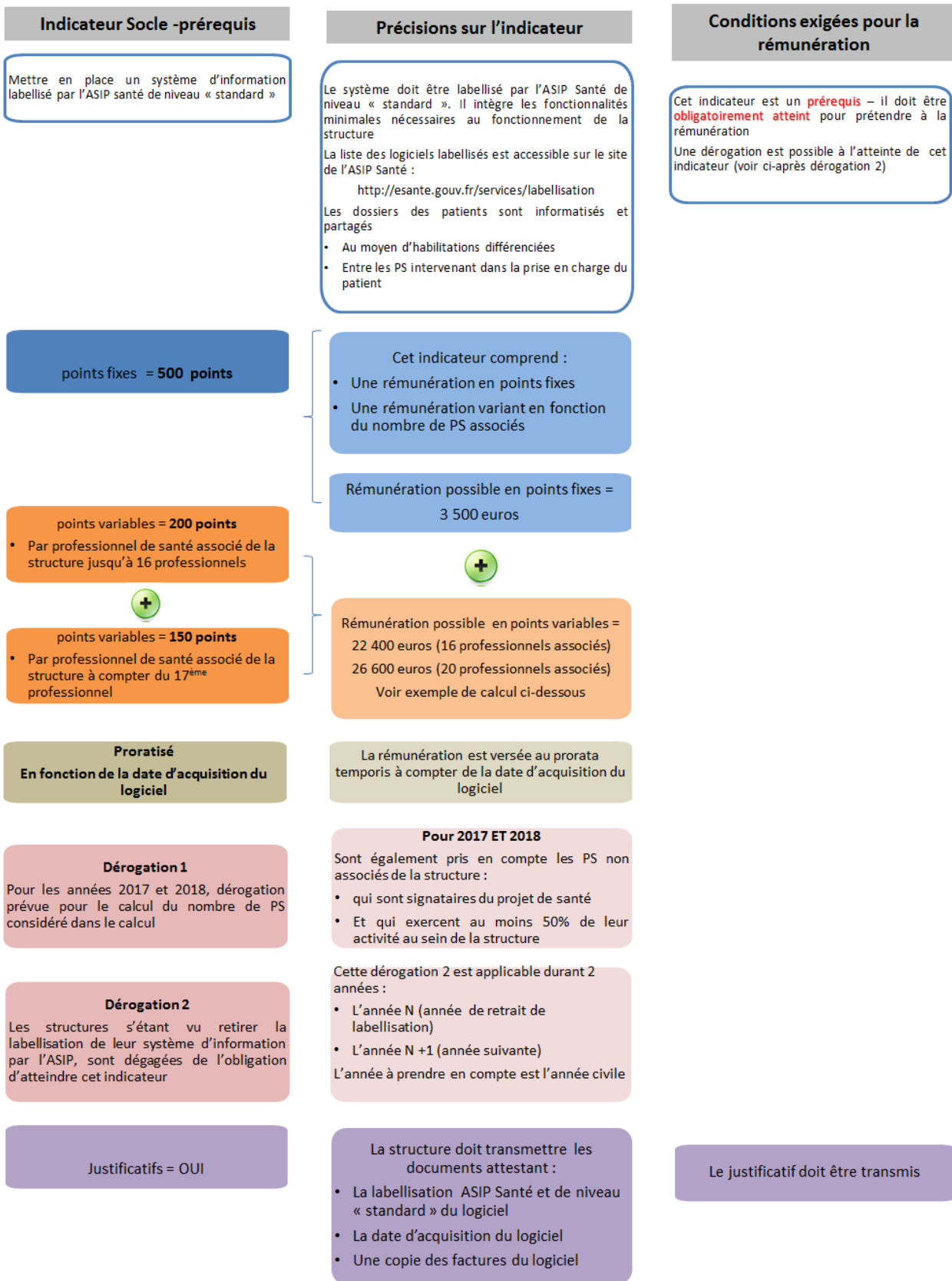
Pour les indicateurs à points variant en fonction de la patientèle, la référence de 4 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proratisation va pouvoir s'effectuer si la patientèle de la structure se situe au dessus du seuil de référence ou si elle se situe en dessous du seuil.

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

Pour une structure ayant 6 000 patients	Pour une structure ayant 12 000 patients
2 725 points = 700 points fixes + 1 350 points variables x (6 000/4000) = 700 + 2 025 = 2 725 Rémunération = 2 725 points x 7 euros = 19 075 euros	Nombre de points = 700 points fixes + 1 350 points variables x (8 000 / 4 000) + 1 000 points variables x (4 000 / 4000) = 700 + 2 700 + 1 000 = 4 400 points Rémunération = 4 400 points x 7 euros = 30 800 euros.

3. SYSTEME D'INFORMATION NIVEAU STANDARD

AXE 3 « SYSTEME D'INFORMATION »



Nouveauté :

Cet indicateur est désormais calculé sur le nombre de professionnels de santé associés à la structure et non plus sur la taille de la patientèle de la structure pour mieux tenir compte des coûts d'équipement de la structure.

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 : aucun minima ni maximum n'a été défini dans l'ACI pour retenir la valorisation.

Les logiciels peuvent être différents. Toutefois ils doivent impérativement être compatibles entre eux et permettent un partage de l'information.

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 logiciel 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 paramédicales - Auxiliaires médicaux, Aides-Soignants et Ambulanciers : Infirmières, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-podologues, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes, Orthoptistes, Audioprothésistes, Opticiens, Prothésistes et Orthésistes, Manipulateurs d'Electroradiologie, Techniciens de Laboratoire, Diététiciens, Aides-soignants, et Ambulanciers.

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

Pour une structure de 13 PS associés	Pour une structure de 20 PS associés
<p>Nombre de points = 500 points fixes + 200 points variables x 13 PS = 500 + 2 600 = 3 100 points</p> <p>Rémunération = 3 100 points x 7 euros = 21 700 euros</p>	<p>Nombre de points = 500 points fixes + 200 points variables x 16 PS + 150 points variables x 4 = 500 + 3 200 + 600 = 4 300 points</p> <p>Rémunération = 4 300 points x 7 euros = 30 100 euros.</p>

FICHE INDICATEUR

4. PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS

AXE 2 « TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION »

Indicateur Socle

Elaborer des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi :

- Des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé

Précisions sur l'indicateur

Sont valorisés :

- 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
 - ✓ 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 :
 - ✓ 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

Conditions exigées pour la rémunération

L'indicateur est **socle avec une atteinte progressive** – pour être atteint au moins **1 protocole** doit être réalisé

points fixes = **100 points par protocole**
Limité à 8 protocoles (800 points maximum)

1 protocole = 100 points
2 protocoles = 200 points
8 protocoles = 800 points
9 protocoles = 800 points
(seuls 8 protocoles sont valorisés)

Rémunération maximum pour 8 protocoles =
5 600 euros

Justificatifs = OUI

Chaque protocole élaboré doit être transmis

Le justificatif doit être transmis (copie du protocole)

Pour atteindre cet indicateur, 1 seul protocole élaboré suffit pour être rémunéré : 100 points seront valorisés. Toutefois, si la structure réalise plus de 9 protocoles ou plus, seuls 800 points seront valorisés.

Les **protocoles** doivent porter en priorité **sur les thèmes listés à l'annexe 3 de l'ACI** : voir liste page suivante

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.

FICHE INDICATEUR

5. CONCERTATION PLURI-PROFESSIONNELLE

AXE 2 « TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION »

Indicateur Socle	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 socle 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 <ul style="list-style-type: none">• 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>

Nouveauté :

La nécessité de 6 réunions pluri-professionnelles par an au lieu de 12

Cet indicateur est valorisé à 1000 points variables, proratisés en fonction :

- de la patientèle de référence
- du nombre de dossiers étudiés
- de la date d'adhésion au contrat dans l'année civile

Cet indicateur est à atteinte progressive (rémunération proratisée en fonction du taux d'atteinte) car la structure a une marge d'amélioration dans la tenue des réunions et dans l'étude des dossiers.

La patientèle : l'assiette référence est de 4 000 patients – En dessous ou au-dessus, une proratisation est appliquée

Le nombre de dossiers étudiés :

La formule de calcul a été modifiée pour une meilleure valorisation de l'indicateur : le dénominateur n'est plus la patientèle de référence de la structure – il est le nombre de patients « médecin traitant » en ALD +le nombre de patients « médecin traitant » âgé de plus de 75 ans (non en ALD).

Le taux de 5 % est l'assiette de référence – En dessous ou au-dessus de ce taux, une proratisation est appliquée

Comparaison entre l'ancienne formule (indicateur RA) et nouvelle formule (indicateur ACI)

	Ancienne formule	Nouvelle formule
Situation	<ul style="list-style-type: none">patientèle de référence de la structure de 2 000 patientstenue de 12 réunions60 dossiers étudiés	<ul style="list-style-type: none">patientèle de référence de la structure de 2 000 patientstenue de 12 réunions25 dossiers étudiés
% de dossiers étudiés	Base de calcul = patientèle de référence de la structure soit : Soit $60 / 2000 \text{ patients} = 3 \%$	Base de calcul = <ul style="list-style-type: none">Patientèle ALD (quel que soit l'âge) =200+▪ Patientèle de + de 75 ans (hors ALD) = 100 Soit : $25 / 300 \text{ patients} = 8 \%$

Le nombre de dossiers étudiés :

Si le nombre de réunions est > à 6, une proratisation est effectuée en fonction de la date d'adhésion :

Méthodologie de calcul

Pour les années 2017 et 2018 :

Sont pris en compte pour le calcul le nombre

- de patients en ALD ou âgés de plus de 75 ans ayant déclaré comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre 2017 et au 31 décembre 2018):
 - un des médecins associés de la structure ou le centre de santé
 - et un des médecins signataires du projet de santé et exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure
- d'enfants âgés de 0 à 16 ans en ALD ayant bénéficié
 - d'au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans la structure au cours de l'année écoulée.

A compter de l'année 2019

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

ou

- du centre de santé

Liste des thèmes de l'annexe 3 de l'ACI :

- Les dossiers examinés portent en priorité sur l'examen de patients relevant d'un des 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.

FICHE INDICATEUR

6. 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

- AXE 1 « ACCES AUX SOINS »

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Offrir une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux assurée par les professionnels associés ou salariés</p> <p>1^{er} niveau : 250 points</p> <p>Présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins d'1 profession médicale en sus de la médecine générale • Au moins d'1 spécialité médicale (hors médecine générale) • Au moins 1 pharmacien • Et de 3 professions paramédicales différentes <p>ET/OU</p> <p>2^{ème} niveau : 250 points</p> <p>Présence de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au moins d'1 profession médicale en sus de la médecine générale • Au moins d'1 spécialité médicale (hors médecine générale) • Au moins 1 pharmacien • Et de 3 professions paramédicales différentes <p>500 points fixes maximum</p>	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas</p> <p>L'offre de service s'organise avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de santé associés de la SISA • Les professionnels de santé salariés du centre de santé <p>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</p> <p>les 2 niveaux sont dissociables et le nombre de points peut se cumuler</p> <p>professions médicales =</p> <ul style="list-style-type: none"> • les sages-femmes • les chirurgiens-dentistes • les médecins à expertise particulière MEP • Les pharmaciens • Les biologistes <p>• Les médecins des différentes spécialités médicales, hors médecine générale</p> <p>Professions paramédicales =</p> <p>Auxiliaires médicaux, Aide-Soignant et Ambulancier : Infirmière, Masseur-Kinésithérapeute, Pédiacre-podologue, Orthophoniste, Orthoptiste, Audioprothésiste, Opticien, Prothésiste et Orthésiste, Manipulateur d'Electroradiologie, Technicien de Laboratoire, Diététicien, et Ambulancier.</p> <p>Le 1^{er} niveau et le 2^{ème} niveau peuvent se cumuler = 3 500 euros</p> <p>Si la structure correspond au 2^{ème} niveau, elle bénéficie des 250 points du 1^{er} niveau donc 500 points</p>	<p>Cet indicateur n'est pas obligatoire – C'est un bonus de rémunération pour la structure</p> <p>L'atteinte de cet indicateur est assurée par l'ensemble des médecins de la SISA ayant participé à l'offre de service</p>
<p>Dérogation</p> <p>Pour les années 2017 et 2018, dérogation prévue pour les PS</p> <ul style="list-style-type: none"> • exerçant au moins 50% activité dans la structure <p>Et</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qui ont signé un projet de santé 	<p>La structure doit établir une liste des PS associés intervenant dans la structure au moment de l'adhésion au contrat</p> <p>Cette liste doit faire apparaître :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (la profession médicale) 	<p>La liste des PS doit être transmise</p>
<p>Justificatifs = OUI</p>		

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.

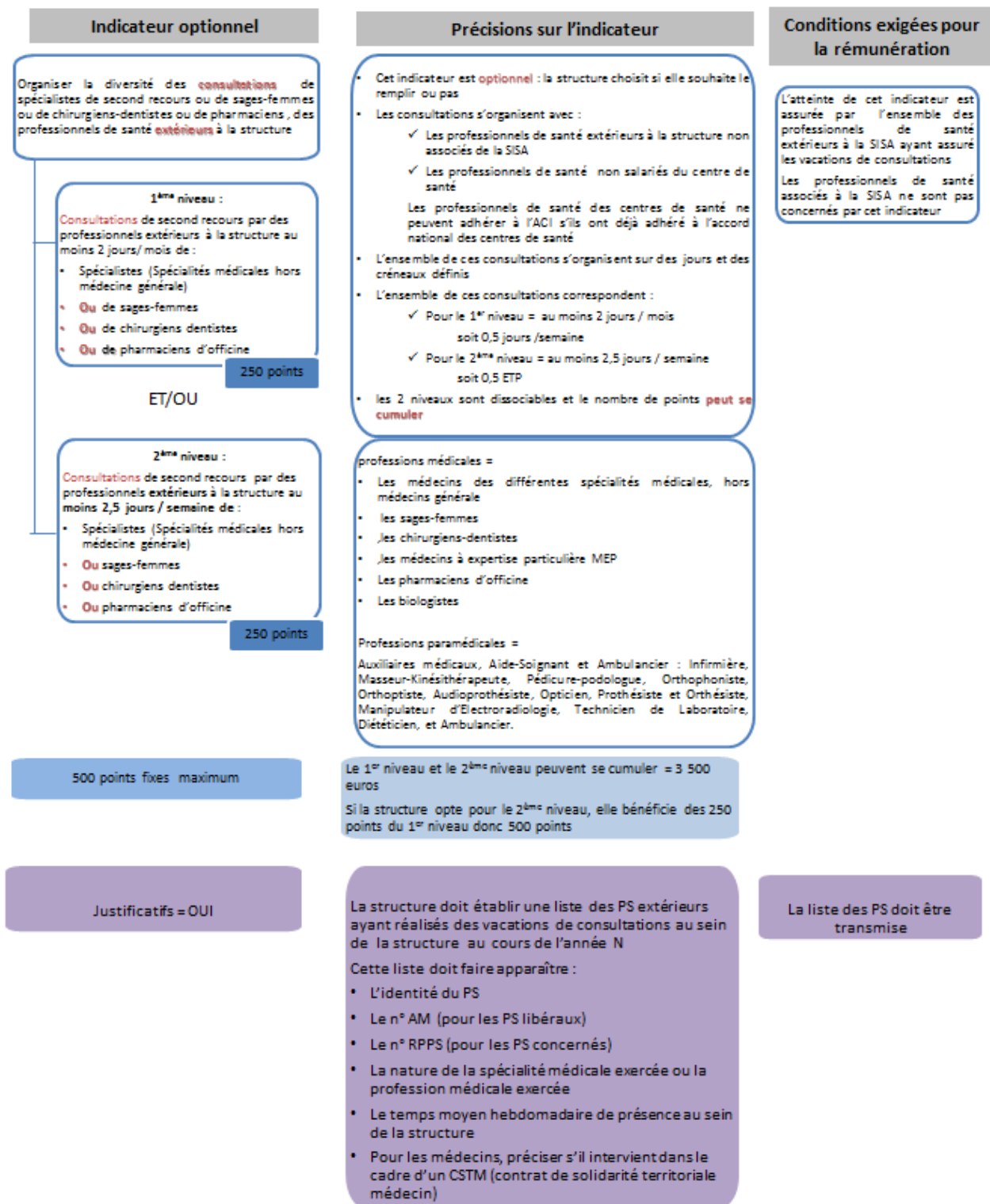
Pour les centres de santé, les professionnels de santé « salariés » sont considérés comme « associés » de la structure.

A titre dérogatoire les infirmiers salariés intervenant dans le cadre d'un protocole de coopération ASALEE peuvent être 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.

FICHE INDICATEUR

7. ORGANISATION DE CONSULTATIONS DE SPECIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGES-FEMMES OU CHIRURGIENS-DENTISTES OU PHARMACIENS EXTERIEURS A LA STRUCTURE

- AXE 1 « ACCES AUX SOINS »



L'atteinte de cet indicateur est soumise à la mise en place de consultations au sein de la structure et donc d'une présence physique d'un pharmacien ou d'un chirurgien-dentiste. L'activité de ces professionnels peut se limiter à des consultations pour les chirurgiens-dentistes et à des entretiens pharmaceutiques pour le pharmacien.

FICHE INDICATEUR

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

AXE 1 « ACCES AUX SOINS »

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Valoriser l'intervention au sein de la structure d'au moins un médecin signataire d'un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)</p>	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas</p> <p>Sont concernées par cet indicateur :</p> <p>Les structures pluri-professionnelles situées en zone « sous-dense » Qui accueillent 1 ou plus de médecin adhérant au CSTM</p> <p>Les médecins adhérant au CSTM ne sont pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des médecin associés à la SISA • Salariés du centre de santé 	<p>Cet indicateur n'est pas obligatoire – C'est un bonus de rémunération pour la structure</p> <p>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</p> <p>Les professionnels de santé associés à la SISA ne sont pas concernés par cet indicateur</p>
<p>200 points fixes maximum</p>	<p>La rémunération maximum possible = 1 400 euros</p> <p>Cet indicateur se cumule avec l'indicateur ci-dessous</p> <p>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</p> <p>1^{er} niveau et 2^{ème} niveau soit : 250 + 250</p> <p>Avec le cumul, la rémunération maximum possible = 200 + 250 + 250 = 700 points soit 4 900 EUROS</p>	
<p>Justificatifs = OUI</p>	<p>La structure doit transmettre la copie des CSTM</p>	<p>La liste des PS doit être transmise</p>

Nouveauté :

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.

FICHE INDICATEUR

9. SATISFACTION DES PATIENTS

AXE 1 « ACCES AUX SOINS »

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
<p>Mettre en place des outils permettant d'évaluer la satisfaction et les besoins des patients sur l'organisation et les services de la structure</p>	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas</p> <p>Les évaluations des besoins et la satisfaction des patients peut porter sur :</p> <p>La relation client (l'accueil, l'écoute, la prise de rendez-vous, l'attente, l'accompagnement dans les démarches etc...)</p> <p>Cette évaluation peut se faire avec les outils suivants (liste non exhaustive) :</p> <ul style="list-style-type: none">• Questionnaire• Réunions avec les usagers et autres partenaires• Plan d'action• Plan d'amélioration• Evaluation des actions, mesures mise en place• Bilan	<p>Cet indicateur n'est pas obligatoire – C'est un bonus de rémunération pour la structure</p>
100 points fixes maximum	La rémunération maximum possible = 700 euros	
Justificatifs = OUI	Tous documents permettant d'attester de la mise en place des outils	Transmission des justificatifs

Nouveauté :

Cet indicateur permet de renforcer l'axe 1 avec un objectif d'amélioration de la relation « patients/structure » avec une évaluation par les patients.

FICHE INDICATEUR

10.FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE

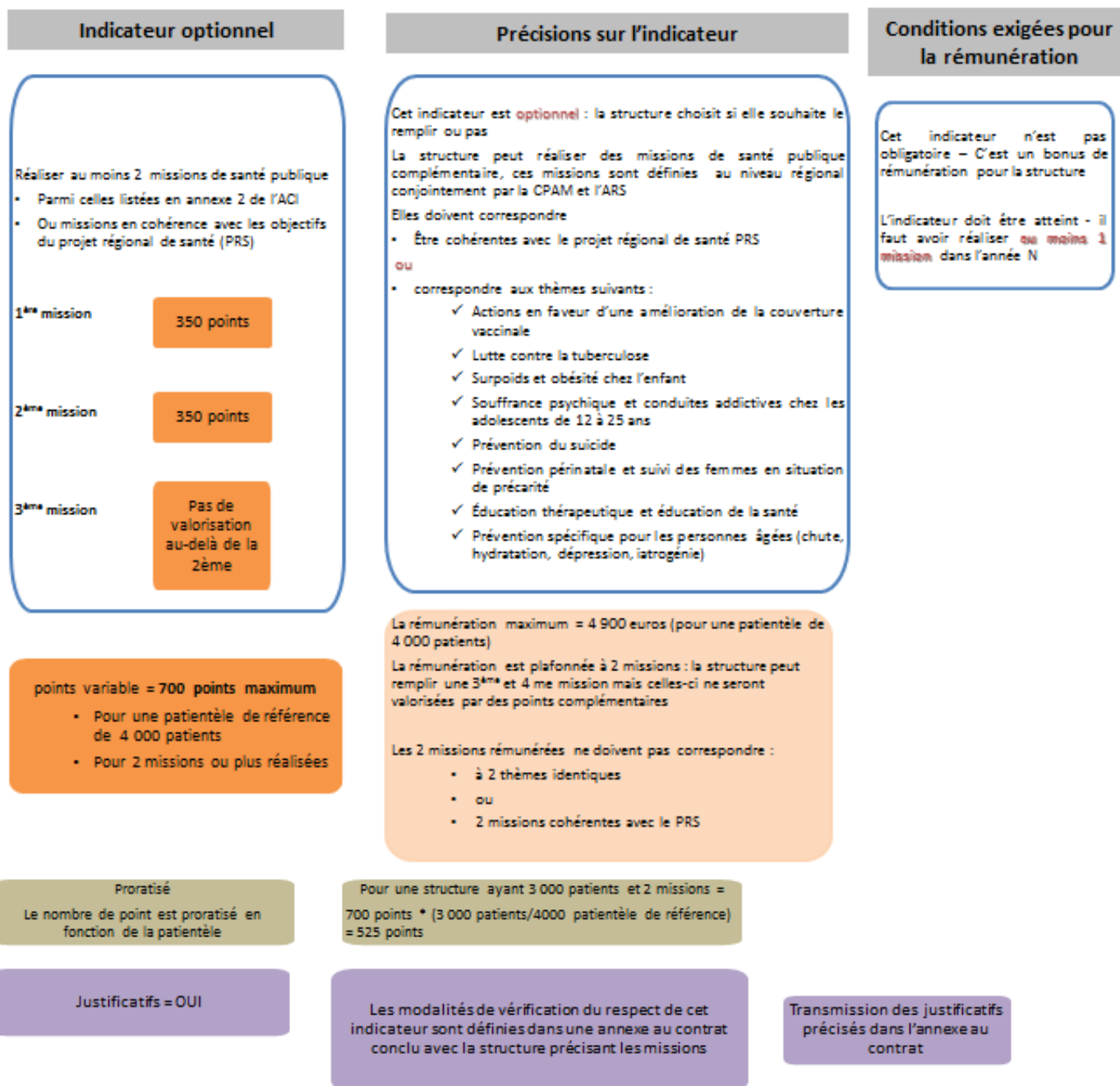
AXE 2 « TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION »

Indicateur optionnel	Précisions sur l'indicateur	Conditions exigées pour la rémunération
Former des jeunes professionnels de santé: Au moins 2 stages par an	<p>Cet indicateur est optionnel : la structure choisit si elle souhaite le remplir ou pas</p> <p>La structure doit accueillir :</p> <ul style="list-style-type: none">• au moins 2 stagiaires professionnels de santé• dans l'année N• Quelle que soit la profession de santé (médecin, chirurgien-dentiste, etc...)	<p>Cet indicateur n'est pas obligatoire – C'est un bonus de rémunération pour la structure</p> <p>Pour atteindre cet indicateur, il faut au moins 2 stagiaires dans l'année N</p>
450 points fixes maximum	La rémunération maximum possible = 3 150 euros	
Justificatifs = OUI	<p>La structure doit transmettre tout document attestant de la réalisation des stages 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 stage <p>Exemples de justificatifs :</p> <ul style="list-style-type: none">• Attestations de stages• Conventions de stages	Transmission des justificatifs

FICHE INDICATEUR

11.MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE

AXE 1 « ACCES AU SOINS »



Pour les indicateurs à points variant en fonction de la patientèle, la référence de 4 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proratisation va pouvoir s'effectuer si la patientèle de la structure se situe au dessus du seuil de référence ou si elle se situe en dessous du seuil.

FICHE INDICATEUR

12.COORDINATION EXTERNE

AXE 2 « TRAVAIL EN EQUIPE ET COORDINATION »

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> $200 \text{ points} * (3\,000 \text{ patients} / 4\,000 \text{ patientèle de référence}) = 150 \text{ points}$	
<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>

Pour les indicateurs à points variant en fonction de la patientèle, la référence de 4 000 patients constitue l'assiette à partir de laquelle une proratisation va pouvoir s'effectuer si la patientèle de la structure se situe au dessus du seuil de référence ou si elle se situe en dessous du seuil.

FICHE INDICATEUR

13.SYSTEME D'INFORMATION – NIVEAU AVANCE

AXE 3 « SYSTEME D'INFORMATION »

Indicateur optionnel

Mettre en place un système d'information labellisé par l'ASIP santé de niveau « avancé »

Précisions sur l'indicateur

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

Le système doit être labellisé par l'ASIP Santé de niveau « avancé ». Il intègre les fonctionnalités supplémentaires utiles au fonctionnement de la structure

La liste des logiciels labellisés est accessible sur le site de l'ASIP Santé :

:<http://esante.gouv.fr/services/labellisation>

Les dossiers des patients sont informatisés et partagés

- Au moyen d'habilitations différenciées
- Entre les PS intervenant dans la prise en charge du patient

Conditions exigées pour la rémunération

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

points fixes = **100 points**

Cumul possible avec l'indicateur concernant le système d'information niveau standard

Rémunération possible en points fixes =
700 euros

Proratisé

En fonction de la date d'acquisition du logiciel

La rémunération est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel

Justificatifs = OUI

La structure doit transmettre les documents attestant :

- La labellisation ASIP Santé et de niveau « standard » du logiciel
- La date d'acquisition du logiciel
- Une copie des factures de logiciel

Le justificatif doit être transmis