

# ACI

## MAISONS DE SANTE

### PLURI PROFESSIONNELLES

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
<b>Socle et prérequis</b>	<b>Horaires d'ouverture et soins non programmés</b>	<p>800 points fixes si couverture de l'intégralité de l'amplitude horaire ou si une dérogation a été accordée au regard des modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire.</p> <p>Application à ce nombre de points d'une minoration si la structure n'est pas ouverte sur la totalité de l'amplitude horaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- amplitude horaire d'ouverture entre 10h et 12h par jour en semaine et le samedi matin : minoration de 60 points</li> <li>- amplitude horaire d'ouverture entre 8h et 10h par jour et le samedi matin : minoration de 150 points</li> <li>- fermeture le samedi matin : minoration de 120 points</li> <li>- fermeture maximum pendant 3 semaines pendant les congés scolaires dans l'année : minoration de 20 points</li> </ul>	<p>Transmission de la copie de la charte d'engagement de la structure vis-à-vis des patients.</p> <p>Cette charte est affichée dans la structure.</p>
<b>Optionnel</b>	<b>Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1.</b>	300 points fixes	Transmission de la liste des professionnels de santé associés de la structure au 31 décembre de l'année avec pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité médicale.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
<b>Optionnel</b>	<b>Offre d'une diversité de services de soins médicaux ou de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2.</b>	300 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	ou de la liste des professionnels de santé salariés pour les centres de santé.
<b>Optionnel</b>	<b>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1.</b>	300 points fixes	Transmission de la liste des professionnels ayant réalisé des vacations au sein de la structure au cours de l'année écoulée précisant pour chaque professionnel les informations suivantes : nom, prénom, numéro AM, numéro RPPS, profession médicale ou spécialité médicale, temps moyen hebdomadaire de présence au sein de la structure, intervention dans le cadre d'un CSTM ou non (production de la copie du CSTM).
<b>Optionnel</b>	<b>Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2.</b>	300 points fixes Ces points se cumulent avec ceux du niveau 1.	
<b>Optionnel</b>	<b>Accueil de médecins intervenant dans la structure dans le cadre d'un CSTM (contrat solidarité territoriale médecin)</b>	200 points fixes	
<b>Optionnel</b>	<b>Missions de santé publique</b>	350 points variables par mission réalisée dans l'année écoulée. 2 missions peuvent être rémunérées au maximum. Une mission au plus peut être rémunérée pour chacun des thèmes retenus. + 200 points fixes dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA	

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
<b>Optionnel</b>	<b>Implication des usagers</b>	<p>Niveau 1 : 200 points fixes  Niveau 2 : 300 points variables  Ces points se cumulent entre eux.</p>	<p>Transmission de tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou actions.</p> <p>Exemples : un questionnaire de satisfaction, un sondage, une boîte à idée, affichages, flyers, site internet, désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou dans des ateliers d'ETP, présence d'un médiateur, ...</p>
<b>Socle Prérequis</b>	<b>Réponse aux crises sanitaires graves</b>	<p>100 points fixes (quelle que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour  +  350 points variables (en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS)</p>	<p>Transmission de la copie du plan de préparation et 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</p>
<b>Optionnel</b>	<b>Soins non programmés en lien avec le dispositif SAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 200 points fixes si l'ensemble des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS ou si la MSP prend en charge toutes les sollicitations du régulateur du SAS</li> <li>- ou 100 points fixes si 50% des médecins de la MSP s'engagent dans le dispositif SAS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soit transmission au SAS de la liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif.</li> <li>- Soit vérification de la réponse aux sollicitations du régulateur du SAS opérée sur la base des informations issues des plateformes de régulation.</li> </ul>

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
<b>Socle et prérequis</b>	<b>Fonction de coordination</b>	1000 points fixes + 1 700 points variables jusqu'à 8 000 patients + 1 100 points variables au-delà de 8 000 patients.	Transmission des documents attestant de la mise en place d'une fonction de coordination assurée soit par des personnes exerçant au sein de la structure (y compris des professionnels de santé en exercice) ayant un temps identifié et dédié à cette fonction soit par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction : contrat de travail, fiche de poste, ... .
<b>Socle</b>	<b>Protocoles pluri-professionnels</b>	100 points fixes par protocole. 8 protocoles peuvent être rémunérés au maximum. +40 points fixes par protocole dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA	Transmission à l'organisme d'assurance maladie des protocoles élaborés.
<b>Socle</b>	<b>Concertation pluri-professionnelle</b>	1 000 points variables 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.  La rémunération est proratisée au regard de ce taux d'atteinte.  + 200 points variables dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA	Transmission par la structure du calendrier des réunions précisant pour chaque réunion le nombre de dossiers examinés. Les comptes rendus des réunions de concertations sont mis à disposition du service médical de l'assurance maladie à sa demande.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
<b>Optionnel</b>	<b>Formation des jeunes professionnels</b>	450 points fixes (pour deux stages) + 225 points fixes (par stage pour le troisième et le quatrième stage)	Transmission à l'organisme local d'assurance maladie de la photocopie des attestations de stages réalisés au sein de la structure ou de la photocopie des conventions de stages permettant d'identifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le nom du stagiaire,</li> <li>- la profession concernée par la formation,</li> <li>- les dates de réalisation du stage.</li> </ul>
<b>Optionnel</b>	<b>Coordination externe</b>	200 points variables	Transmission de tout document attestant de la mise en place de ces procédures de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les professionnels de santé extérieurs à la structure,</li> <li>- les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,</li> <li>- les structures et services médico-sociaux.</li> <li>- les intervenants sociaux.</li> </ul>
<b>Optionnel</b>	<b>Démarche qualité</b>	Niveau 1 : 100 points fixes Niveau 2 : 200 points variables Niveau 3 : 300 points variables Ces points se cumulent entre eux.	Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition tout document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau :

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
			<p>Niveau 1 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- désignation d'un référent qualité de la démarche,</li> <li>- état des lieux des forces et faiblesses de la dynamique pluriprofessionnelle et de la prise en charge des patients</li> <li>- grille d'autoévaluation remplie et synthèse des résultats.</li> <li>- ....</li> </ul> <p>Niveau 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan d'action / fiche action / planification / indicateurs d'avancée</li> <li>- Méthode mise en place ; par exemple méthode qualitative (patient traceur, entretiens qualitatifs, ...), quantitative (utilisation du SI partagé pour extraction de données, questionnaires...), normative (adaptation d'un fonctionnement à des référentiels existants, par exemple HAS ...)</li> <li>- ...</li> </ul> <p>Niveau 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- données qualitatives et quantitatives</li> <li>- bilan avec les résultats de la démarche et les perspectives.</li> </ul>
<b>Optionnel</b>	<b>Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés</b>	100 points fixes par protocole. Six protocoles peuvent être rémunérés au maximum.	Tout document attestant de l'inscription de la structure dans au moins un des 6 protocoles auprès de l'ARS

Catégorie	Libellé court	Valorisation	Justificatifs
<b>Optionnel</b>	<b>Parcours insuffisance cardiaque</b>	100 points variables	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours et comprenant 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....
<b>Optionnel</b>	<b>Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »</b>	100 points fixes	Transmission à l'organisme d'assurance maladie de documents attestant de son intégration dans le parcours.
<b>Socle et Prérequis</b>	<b>Système d'information niveau standard</b>	500 points fixes + 200 points par professionnel de santé (au sens du code de santé publique) associés de la structure (et par dérogation pour les années 2017 et 2018, des professionnels de santé signataires du projet de santé exerçant au moins 50 % de leur activité au sein de la structure), ou salariés pour les centres de santé (en équivalent temps plein) jusqu'à 16 professionnels, +150 points par professionnel de santé au-delà de 16 professionnels. La rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du logiciel.	Transmission de la copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats d'abonnement, de maintenance ou de location permettant de vérifier que le système d'information fait bien partie des logiciels labellisés par l'ASIP santé. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

<b>Catégorie</b>	<b>Libellé court</b>	<b>Valorisation</b>	<b>Justificatifs</b>
Optionnel	Système d'information niveau avancé	100 points fixes	