

# GUIDE METHODOLOGIQUE

---

**Rémunération forfaitaire spécifique**  
**Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI)**  
**(modifié par l'avenant 1 publié au journal officiel du 3 août 2022)**

**STRUCTURES DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLES**

**Novembre 2022**

# SOMMAIRE

<b>1. LES PRINCIPES DU CONTRAT CONVENTIONNEL</b> .....	2
<b>2. LES INDICATEURS DU CONTRAT</b> .....	3
1. Les indicateurs « socles et prérequis » .....	3
2. Les indicateurs « socles ».....	5
3. Les indicateurs « optionnels » .....	6
<b>3. LA REMUNERATION</b> .....	9
1. Les principes .....	9
2. L'atteinte des indicateurs .....	10
3. Les éléments de calcul .....	10
4. Le calcul de l'avance .....	11
5. Le calcul de la rémunération .....	12
6. Les justificatifs conditionnant la rémunération.....	14
<b>4. LE CALENDRIER DE PAIEMENT</b> .....	15
1. L'avance .....	15
2. Le solde de la rémunération .....	15
<b>5. ANNEXE 1 = FORMULE DE CALCUL DES ELEMENTS DE REMUNERATION</b> .....	15
1. La patientèle MT de la structure.....	15
2. La file active .....	15
3. Le taux de précarité .....	15
<b>6. ANNEXE 2 = LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES CONDITIONNANT LA REMUNERATION</b> .....	16

## 1. LES PRINCIPES DU CONTRAT CONVENTIONNEL

Le contrat est destiné :

- aux maisons de santé constituée en SISA (**S**ociété **I**nterprofessionnelle de **S**oins **A**mbulatoires)
- aux maisons de santé qui s'engagent à constituer une SISA dans les 6 mois à compter de la date d'adhésion au contrat conventionnel (versement des rémunérations y compris l'avance conditionné à la constitution en SISA de la structure),

et

- qui ont élaboré un projet de santé validé par l'ARS ; ce projet doit être en cohérence avec le PRS (**P**rojet **R**égional de **S**anté).

Le contrat est signé entre :

- la structure (on désigne sous cette appellation la maison de santé),
- la caisse d'assurance maladie (CPAM/CGSS) de rattachement de la structure,
- l'agence régionale de santé dont dépend la structure.

Le contrat est basé sur :

➤ **l'atteinte de différents types d'indicateurs :**

- des indicateurs socles et prérequis : la structure doit s'engager sur ces indicateurs et leur atteinte conditionne le déclenchement du calcul de la rémunération,
- des indicateurs socles : la structure doit s'engager sur ces indicateurs socles complémentaires qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée,
- des indicateurs optionnels : la structure a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs.

Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en avril N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis.

Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant correspondant à l'atteinte à hauteur de 100% des indicateurs socles et prérequis et socles.

➤ **l'attribution de points dès lors que l'indicateur est atteint**

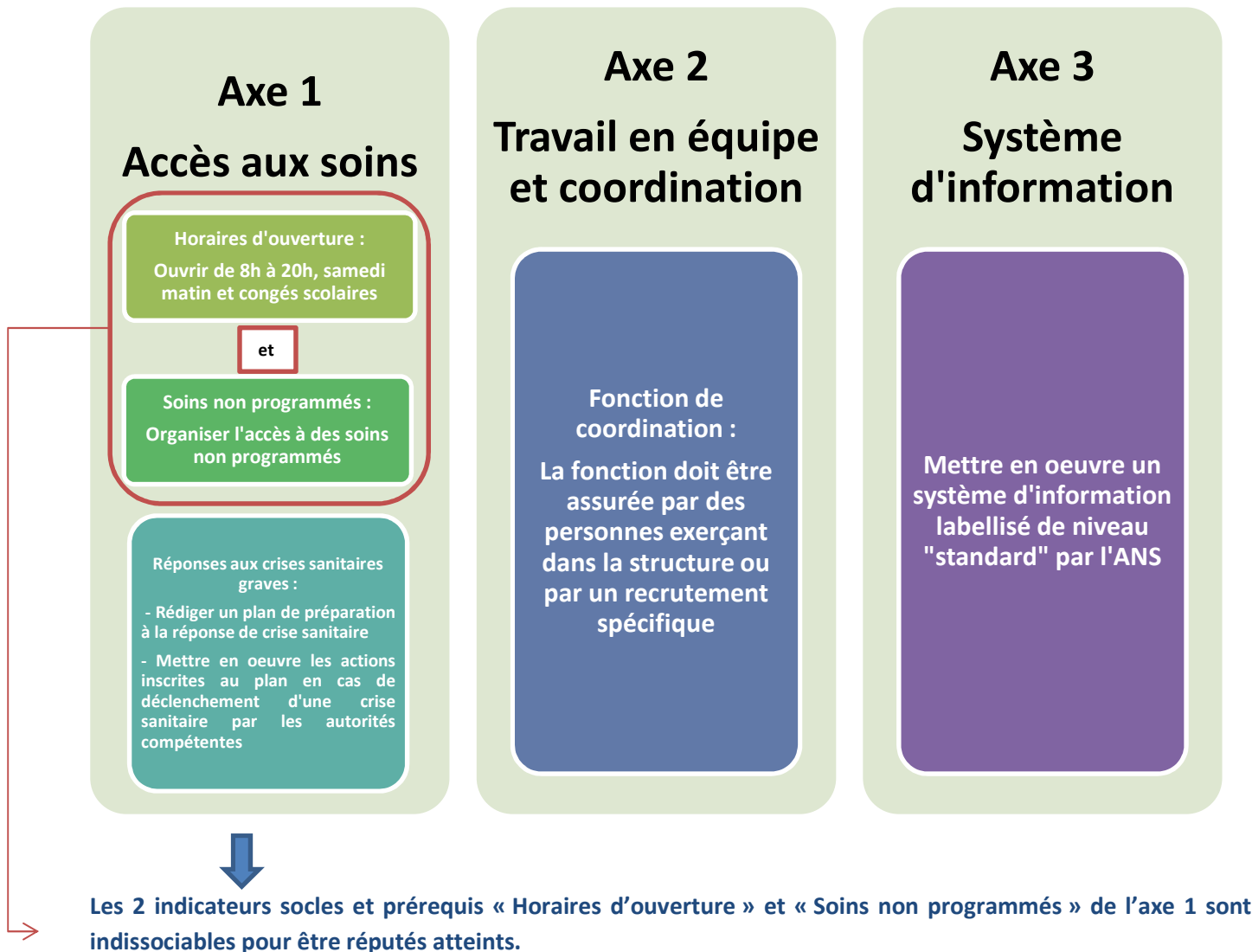
- fixes,
- et/ou variables en fonction de la patientèle de la structure,
- et/ou dépendant du nombre de professionnels de santé associés de la structure.

➤ **la rémunération de l'atteinte des indicateurs**

Chaque indicateur est valorisé avec un nombre de points, le point étant valorisé à 7 euros.

### 1. Les indicateurs « socles et prérequis »

La structure doit respecter ces indicateurs pour déclencher la rémunération.



Les 2 indicateurs socles et prérequis « Horaires d'ouverture » et « Soins non programmés » de l'axe 1 sont indissociables pour être réputés atteints.

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et prérequis « Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination », « Réponses aux crises sanitaires graves » et « Système d'information niveau standard » soient respectés.

L'indicateur « Réponses aux crises sanitaires » est un nouvel indicateur socles et prérequis. **A noter cependant qu'à titre dérogatoire, pour l'exercice 2022, il est exceptionnellement considéré comme optionnel.**

L'épidémie de Covid19 n'est pas considérée pour l'année 2022 comme une crise sanitaire exceptionnelle, le caractère soudain de la crise ayant disparu. Le volet variable correspondant à la mise en oeuvre d'actions en cas de survenue d'une crise sanitaire ne pourra pas être versé au titre de cet exercice.

## Nouveauté

### Axe 1 – Accès aux soins

#### ↳ Nouvel indicateur

- L'indicateur « **Réponse aux crises sanitaires graves** » est valorisé si la structure :
  - Rédige d'un plan de préparation : 100 points fixes,
  - Met en œuvre des actions pouvant répondre aux besoins en soins de patients : 350 points variables.  
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 mise en œuvre du plan d'actions pouvant répondre aux besoins en soins de patients ne peut être valorisée **qu'en cas de qualification de crise sanitaire grave** par les autorités compétences.

### Axe 2 – Travail en équipe et coordination

#### ↳ Indicateurs revalorisés

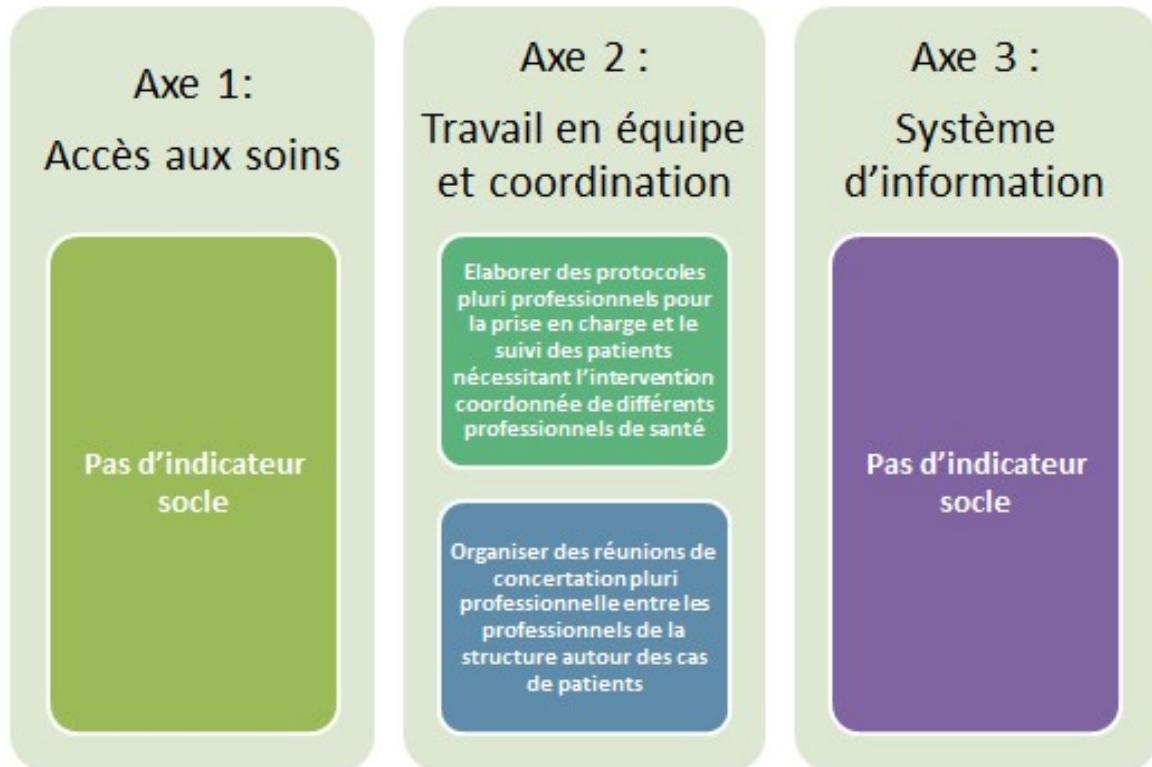
- L'indicateur « **Fonction de coordination** » est désormais rémunéré 1 000 points fixes
  - + 1 700 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients
  - + 1 100 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.

*L'ancien accord prévoyait une rémunération fixe de 700 points  
+ 1 350 points variables (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients,  
+ 1 000 points variables (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.*

## 2. Les indicateurs « socles »

La structure s'engage obligatoirement sur ces indicateurs qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée.

Cette progressivité dans l'atteinte des indicateurs permet à la structure de s'organiser pour monter en charge en fonction de ses moyens et augmenter progressivement sa rémunération.



### Nouveauté

#### Axe 2 – Travail en équipe et coordination

##### ↳ Indicateurs revalorisés en présence d'IPA

- Les « **Protocoles pluri-professionnels** » sont valorisés de 40 points supplémentaires par protocole (toujours dans la limite de 8 protocoles) dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral (associé ou vacataire) ou salarié.

Ainsi, pour atteindre l'indicateur concernant l'élaboration des protocoles, **1 seul protocole** élaboré suffit pour être rémunéré : 140 points seront valorisés en présence d'IPA.

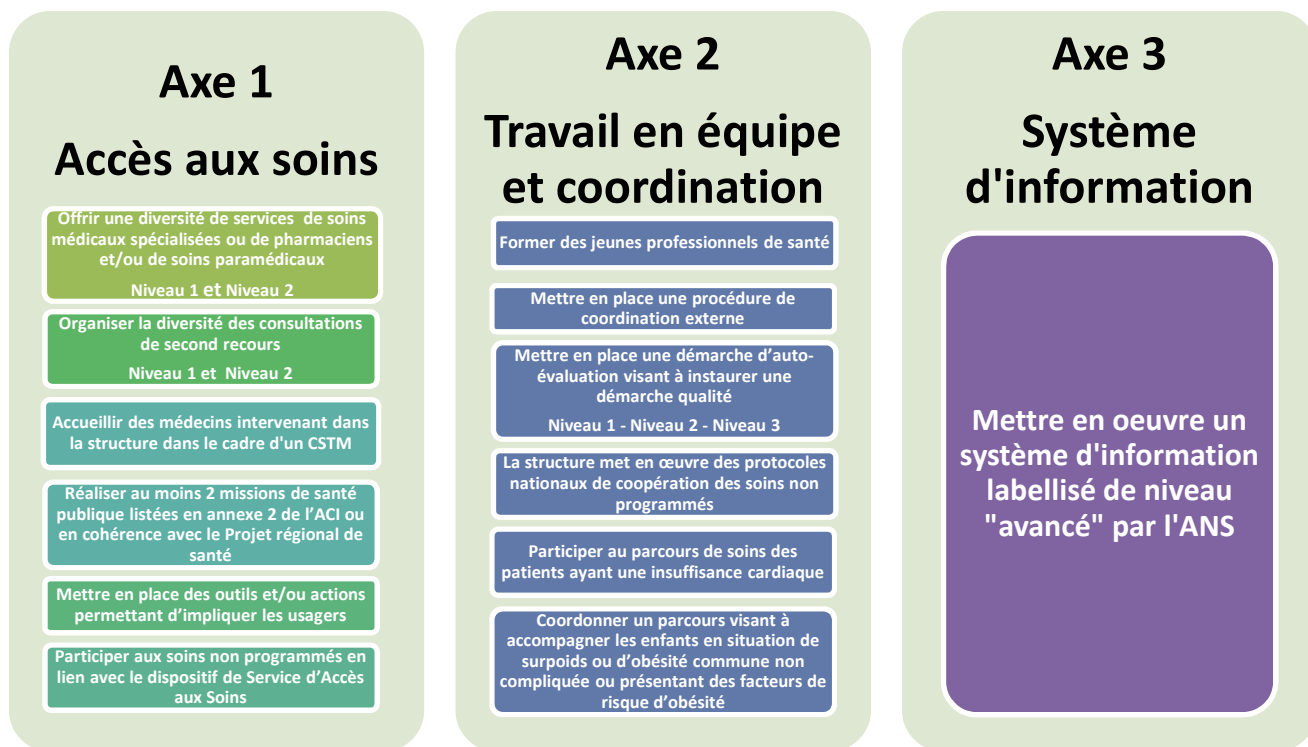
Si la structure réalise 8 protocoles, 1 120 points seront valorisés (8 protocoles valorisés au maximum) si la structure compte la présence d'un IPA parmi ses membres.

- L'indicateur « **Concertation pluri professionnel** » est valorisé de 200 points variables supplémentaires dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral ou salarié,

### 3. Les indicateurs « optionnels »

Ces indicateurs sont **optionnels**, la structure **n'est pas obligée** de réaliser ces indicateurs.

Ces indicateurs permettent aux structures un complément de leur rémunération si elles le souhaitent.



## Nouveauté

### Axe 1 – Accès aux soins

#### ↳ Indicateurs revalorisés

- ▶ Les indicateurs suivants sont majorés de 50 points (soit 300 points fixes au lieu de 250 points fixes) :
  - « Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens ou de soins paramédicaux niveau 1 ».
  - « Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés ou de pharmaciens et de soins paramédicaux niveau 2 ».
  - « Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 1 ».
  - « Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste ou pharmacien extérieurs à la structure niveau 2 ».

#### ↳ Indicateurs revalorisés en présence d'IPA

- ▶ L'indicateur « Missions de santé publique » est valorisé de 200 points fixes supplémentaires dès lors que la structure intègre parmi ses professionnels de santé un IPA libéral (associé ou vacataire) ou salarié.

### ↳ Nouveaux Indicateurs

- ▶ L'indicateur « Satisfaction des patients » est **remplacé** par un nouvel indicateur « **Implication des usagers** » à 2 niveaux avec cumul de points possibles si les 2 niveaux sont atteints :
  - Niveau 1 : La structure met en place des outils ou des 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...) : 200 points fixes,
  - Niveau 2 : La structure met en place des outils ou des actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers : 300 points variables.
  
- ▶ L'indicateur « **Soins non programmés en lien avec le dispositif de Service d'accès aux soins (SAS)** » est valorisé selon les situations suivantes soit :
  - 100% des médecins qui composent la structure participent au dispositif SAS dans les conditions définies par la convention médicale : 200 points fixes.

OU

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

OU

  - toutes les sollicitations du régulateur du SAS sont prises en charge par les médecins associés ou vacataires de la structure : 200 points fixes.

## Axe 2 – Travail en équipe et coordination

### ↳ Indicateurs revalorisés

- ▶ L'indicateur « **Formation de professionnels de santé** », rémunéré à hauteur de 450 points fixes pour les 2 premiers stages est valorisé de 225 points fixes supplémentaires pour le 3<sup>ème</sup> stage et de 225 points fixes supplémentaires pour le 4<sup>ème</sup> stage.

### ↳ Nouveaux Indicateurs

- ▶ L'indicateur « **Démarche qualité** » vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue du service rendu au patient à 3 niveaux :
  - Niveau 1 : Le diagnostic de maturité : 100 points fixes
    - La structure doit désigner un référent qualité chargé d'animer et suivre la dynamique auprès de l'équipe. Elle doit également s'engager, à travers le diagnostic de maturité, à travailler une thématique parmi les axes suivants : continuité des soins, situations médico-sociales, collaboration et coordination pluri professionnelles autour de certains patients complexes nécessitant plusieurs intervenants, délégation et coordination pluri professionnelles autour de certaines pathologies, accès aux soins, actions de prévention en l'absence de pathologie.



- Niveau 2 : Planifier la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration de la qualité : 200 points variables si atteinte du niveau 1,
- Niveau 3 : Produire des résultats et des conclusions : 300 points variables si atteinte des niveaux 1 et 2.

- ▶ L'indicateur « **Protocoles nationaux de coopération (PNC) des soins non programmés** » prévoit de rémunérer la structure de 100 points fixes par protocole mis en œuvre (dans la limite de 6 protocoles).

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.

- ▶ L'indicateur « **Parcours insuffisance cardiaque** » valorisé pour 100 points variables. **Il s'agit de valoriser l'implication de la structure dans le cadre du parcours IC national.**

- ▶ L'indicateur « **Coordination d'un parcours Surpoids ou obésité de l'enfant** » valorisé pour 100 points fixes. Cet indicateur valorise l'implication de la structure dans le cadre du dispositif national « Mission retrouve ton cap ».

### 3. LA REMUNERATION

#### 1. Les principes

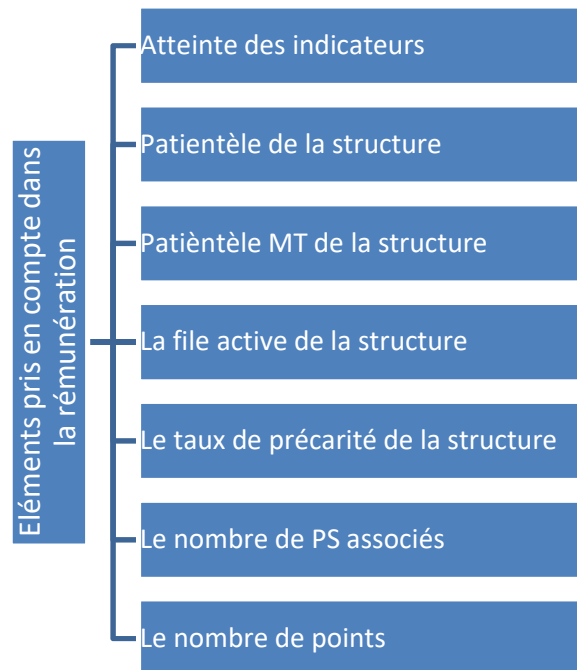
Pour bénéficier de la rémunération, la structure doit :

- être éligible et avoir adhéré au contrat conventionnel,
- avoir atteint l'ensemble des indicateurs « socles prérequis »,
- avoir transmis les pièces justificatives requises (voir annexe) avant le 31 /01 de l'année N+1.

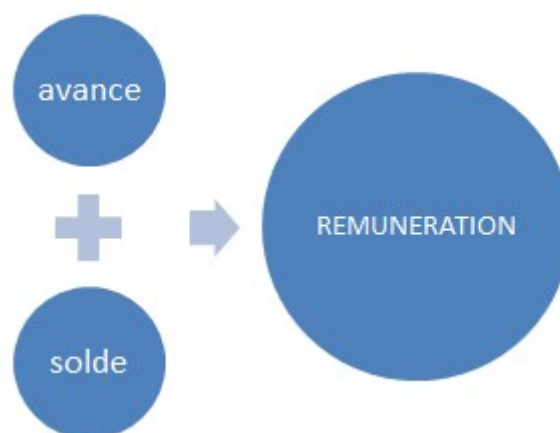
La rémunération est versée à la structure (SISA) et non à chaque professionnel de santé associé.

La structure est libre ensuite d'utiliser la somme versée comme elle le souhaite.

La rémunération se calcule en tenant compte des éléments suivants :



La rémunération est composée de 2 parts et est versée pour une année civile :



Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en avril N+1), il faut atteindre les indicateurs **socles et prérequis**.

Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant correspondant à l'atteinte à hauteur de 100% des **indicateurs socles et prérequis et socles**.

## 2. L'atteinte des indicateurs

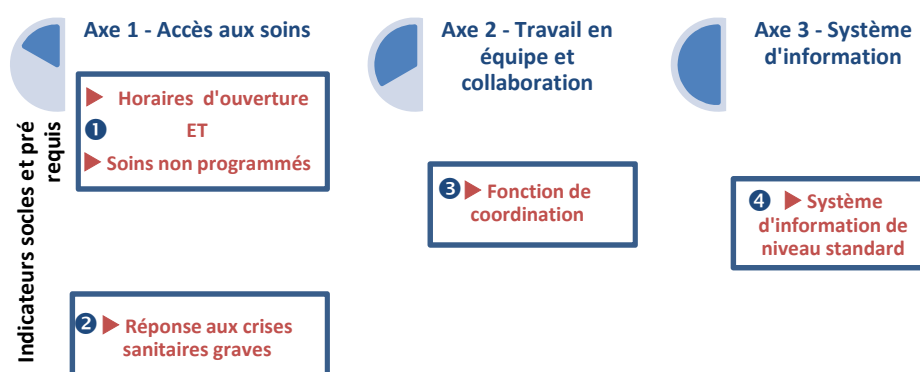
Le détail de chaque indicateur est précisé sous forme de fiche disponible dans le « guide des indicateurs ».

L'appréciation de l'atteinte des indicateurs est réalisée par année civile.

**Des dérogations** sont prévues :

### ► Pour les nouvelles structures :

Durant l'année civile de son adhésion au contrat et l'année civile suivant son adhésion, une nouvelle structure n'est pas obligée d'atteindre l'ensemble des indicateurs « socles et prérequis ». L'atteinte de 2 des 4 indicateurs suivants permet de déclencher la rémunération :



Sont considérées comme nouvelles structures, celles s'étant vu attribuer leur numéro FINESS en tant que SISA depuis moins d'un an à la date de souscription du contrat.

### ► Pour les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'agence du numérique en santé :

Les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'agence du numérique en santé peuvent être rémunérées :

- si trois autres indicateurs « socles et prérequis » sont atteints,
- cette dérogation s'applique durant 2 années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée et l'année suivante.

## 3. Les éléments de calcul

Pour déterminer la rémunération, plusieurs éléments sont pris en compte :

### ► Les points

L'atteinte des indicateurs entraîne l'attribution :

- de points fixes,
- de points variables en fonction de la patientèle ou en fonction du nombre de professionnels de santé de la structure (au sens du code de la santé publique<sup>1</sup>).

<sup>1</sup> Professions médicales : médecins des différentes spécialités médicales, médecins à expertise particulière (MEP), Sages-femmes, Chirurgiens-dentistes ; Pharmaciens ; Biologistes ; Professions paramédicales - Auxiliaires médicaux, Infirmières et IPA, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédiatres-podologues, Ergothérapeutes, Psychomotriciens, Orthophonistes, Orthoptistes, Manipulateurs d'Électroradiologie, Techniciens de Laboratoire, Audioprothésistes, Opticiens, Prothésistes et Orthésistes, Diététiciens, Aides-soignants, Auxiliaire de puériculture, Ambulanciers et Assistants dentaires.

► **La patientèle de la structure**

Elle correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée).

► **La file active de la structure**

La file active de la structure correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure.

► **Le taux de précarité de la structure**

Le taux de précarité de la structure est défini en fonction :

- du **taux de patients C2S**,
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active de la structure.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure avec l'application d'une « majoration de précarité » (taux de sur précarité de la structure par rapport à la moyenne nationale).

► **Le nombre de professionnels associés de la structure**

Le nombre de professionnels de santé (*liste en note de bas de page infra*) associés de la structure est utilisé pour le calcul de l'indicateur sur le système d'information labellisé ANS de niveau standard appartenant aux indicateurs « socles et prérequis ».

#### 4. Le calcul de l'avance

**Seuls les indicateurs obligatoires « socles prérequis » et « socles » sont pris en compte pour le calcul de l'avance.**

► **L'avance se calcule pour les indicateurs variables sur la base de**

- la patientèle de la structure calculée au 31/12 de l'année civile précédente selon les modalités définies en annexe 2,
- du nombre de professionnels de santé (*liste en note de bas de page supra*) associés de la structure au 31/12 de l'année civile précédente.

► **Elle est égale à 60 %** de la rémunération pour un taux d'atteinte de 100% de l'ensemble des indicateurs « socles prérequis » et « socles » et pour une année pleine. L'avance est proratisée en fonction de la date d'adhésion de la structure au contrat.

► **Dispositions spécifiques pour les nouvelles structures**

**Une garantie de rémunération minimale est prévue pour les structures :**

- ayant déposé leur projet de santé à l'ARS ou s'étant vu attribuer leur numéro FINESS en tant que SISA (depuis moins d'1 an à la date d'adhésion au contrat conventionnel) retenir la date la plus favorable pour la structure),
- garantie de versement d'une avance d'un montant minimal de 12 000 euros et d'une rémunération annuelle minimale de 20 000 euros pour une année complète (avec dérogation sur le nombre

d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : 2 indicateurs prérequis au lieu de 4 pour les autres structures. Ces montants sont proratisés en fonction de la date d'adhésion au contrat.

- durant les 2 premières années civiles d'adhésion au contrat (année civile durant laquelle l'adhésion au contrat est intervenue et année civile suivant l'adhésion).

## 5. Le calcul de la rémunération

### ► La rémunération totale annuelle est versée en 2 temps

- une avance (voir paragraphe ci-dessus)
- et
- un solde

Le solde de la rémunération est la différence entre le montant de la rémunération totale annuelle calculée et le montant de l'avance versée à la structure :

$$\text{Solde à verser} = \text{Rémunération totale année N calculée} - \text{Avance versée au titre de l'année N}$$

Le solde est versé au plus tard le 30 avril de l'année N+1

### ► Les indicateurs à points fixes

$$\text{Rémunération} = \text{Nombre de points fixes} \times 7 \text{ euros}$$

### ► Les indicateurs à points variables

Pour les indicateurs attribuant un nombre de points variables, le nombre de points a été défini :

- Soit pour une « patientèle de la structure » de 4 000 patients. Ce nombre de points est ensuite proratisé en fonction de la patientèle réelle de la structure.

$$\text{Rémunération} = \text{Nombre de points variables} \times \frac{\text{Patientèle de la structure}}{4\,000} \times 7 \text{ €}$$

#### **Exemple de calcul de l'indicateur « coordination externe »**

Une structure ayant atteint à 100 % l'indicateur et une patientèle de 6 000 patients.

**Nombre de points :**

$$200 \text{ points variables} \times \left(\frac{6\,000}{4\,000}\right) = 300 \text{ points}$$

**Rémunération :**

$$300 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 2\,100 \text{ euros.}$$

### ► Les indicateurs à points mixtes (variables et fixes)

Certains indicateurs ont une rémunération mixte comportant :

- une partie fixe et une partie variable selon la patientèle,
- une partie fixe et une partie variable liée au nombre de professionnels de santé de la structure.

Plusieurs indicateurs sont concernés :

Axe 2 – Travail en équipe et coordination

- Fonction de coordination,
- Mission de santé publique en cas de présence d'un IPA,
- Implication des usagers,
- Démarche qualité.

Axe 3 – Système d'information :

- Système d'information de niveau standard.

#### Exemple de calcul de l'indicateur « Fonction de coordination »

Une structure ayant 10 000 patients et une atteinte à 100% de l'indicateur bénéficie de :

- 1 000 points : partie fixe
- une partie variable selon la patientèle (base 4 000 patients) avec deux niveaux :
  - 1<sup>er</sup> niveau : 1 700 points jusqu'à 8 000 patients,
  - 2<sup>ème</sup> niveau : 1 100 points au-delà de 8 000 patients.

2 000 correspond aux 10 000 patients moins la tranche de 8 000 patients

Nombre de points :

$$1\ 000 \text{ points fixes} + (1\ 700 \text{ points variables} \times \frac{8\ 000}{4\ 000}) + (1\ 100 \text{ points variables} \times \frac{2\ 000}{4\ 000})$$

$$\text{Soit : } 1\ 000 + 3\ 400 + 550 = 4\ 950 \text{ points}$$

Rémunération :

$$4\ 950 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 34\ 650 \text{ euros}$$

#### Exemple de calcul de l'indicateur « Mission de santé en présence IPA »

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

2 missions : 700 points variables en fonction de la patientèle

Nombre de points :

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

$$\text{Soit } 700 \times 0,75 + 200 = 725 \text{ points}$$

Rémunération :

$$725 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 5\ 075 \text{ euros.}$$

#### Exemple de calcul de l'indicateur « Implication des usagers »

Une structure ayant 3 000 patients et qui atteint les 2 niveaux

1<sup>er</sup> niveau : 200 points fixes

2<sup>ème</sup> niveau : 300 points variables en fonction de la patientèle

Nombre de points :

$$200 \text{ points fixes} + 300 \text{ points variables} * \left( \frac{3\ 000 \text{ patients}}{4\ 000 \text{ patientèle de référence}} \right) = 425 \text{ points}$$

$$\text{Soit } 200 + 225 = 425 \text{ points}$$

Rémunération :

$$425 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 2\ 975 \text{ euros}$$

#### Exemple de calcul de l'indicateur « Démarche qualité »

Une structure ayant 6 500 patients et atteint les 3 niveaux

Niveau 1 : 100 points : partie fixe

Niveau 2 : 200 points : partie variable

Niveau 3 : 300 points : partie variable

#### Nombre de points :

$$100 \text{ points fixes} + \left(200 * \frac{6\,500}{4\,000}\right) + \left(300 * \frac{6\,500}{4\,000}\right)$$

Soit  $100 + 325 + 487,5 = 912,5$  points

#### Rémunération :

$912,5 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 6\,387,50 \text{ euros}$

#### Exemple de calcul de l'indicateur « Système d'information » de niveau standard

Une structure atteignant l'indicateur « système d'information » et composée de 20 professionnels de santé bénéficie de :

500 points : partie fixe

une partie variable selon le nombre de professionnels de santé

1<sup>er</sup> niveau : 200 points par professionnel jusqu'à 16 professionnels,

2<sup>ème</sup> niveau : 150 points par professionnel au-delà de 16 professionnels.

#### Nombre de points :

$$500 \text{ points fixes} + (200 \text{ points/PS} \times 16 + 150 \text{ points/PS} \times 4)$$

Soit  $500 + 3\,200 + 600 = 4\,300$  points

#### Rémunération :

$4\,300 \text{ points} \times 7 \text{ euros} = 30\,100 \text{ euros.}$

#### ► Les majorations

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure (définition et calcul précisés en annexe). Cette majoration est plafonnée à 25 %.

#### Exemple de calcul :

Taux C2S de la structure = 19,338 %

Taux national = 9,338 %

= **10 points de différence**

Taux AME de la structure = 5,4 %

Taux national = 0,4 %

= **5 points de différence**

Soit 15 points de différence = **Majoration applicable est égale à 15 %**

#### ► La proratisation en fonction de la date d'adhésion

Une proratisation est appliquée à la rémunération calculée en fonction de la date de signature du contrat.

## 6. Les justificatifs conditionnant la rémunération

Les structures doivent transmettre :

- les justificatifs relatifs à l'atteinte des différents indicateurs sur l'année écoulée (année N),
- à leur caisse de rattachement,
- au plus tard le 31 janvier de l'année N+1.

En annexe 2, vous trouverez un tableau récapitulatif des pièces jointes devant être transmises par les structures.

## 4. LE CALENDRIER DE PAIEMENT

### 1. L'avance

#### ▶ 1<sup>ère</sup> année d'adhésion au contrat

Le versement intervient dans les 3 mois suivant la signature du contrat



#### ▶ Les années suivantes :

Le versement intervient en même temps que le paiement du solde de la rémunération de l'année N.

### 2. Le solde de la rémunération

Le solde de la rémunération totale annuelle est versé au plus tard le 30 avril de l'année N+1.

## 5. ANNEXE 1 = FORMULE DE CALCUL DES ELEMENTS DE REMUNERATION

### 1. La patientèle MT de la structure

La patientèle MT de la structure correspond au nombre de patients ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins associés de la structure exerçant au sein de la structure (au 31/12 de l'année considérée).

### 2. La file active

La file active de la structure correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un acte d'un médecin généraliste associé de la structure.

### 3. Le taux de précarité

Est défini en fonction :

- ▶ du **taux de patients C2S**,
- ▶ et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active de la structure.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure avec l'application d'une « majoration de précarité ». La majoration de précarité appliquée à la structure est plafonnée à 25 %.

Le taux de patients C2S et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux (actualisés tous les ans) de patients C2S (9,338 %) et AME (0,4 %) afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon les modalités suivantes :



### Majoration de précarité

<p>Si la structure a une part de patients C2S <u>supérieure</u> à la moyenne nationale et une part de patients AME <u>supérieure</u> à la moyenne nationale</p>	$\begin{aligned} & (\text{Taux de patients C2S de la structure} - \text{Taux national C2S}) \\ & + \\ & (\text{Taux de patients AME de la structure} - \text{Taux national AME}) \end{aligned}$
<p>Si la structure a une part de patients C2S <u>supérieure</u> à la moyenne nationale et une part de patients AME <u>égale ou inférieure</u> à la moyenne nationale</p>	$\begin{aligned} & \text{Taux de patients C2S de la structure} \\ & - \\ & \text{Taux national C2S} \end{aligned}$
<p>Si la structure a une part de patients AME <u>supérieure</u> à la moyenne nationale et une part de patients C2S <u>égale ou inférieure</u> à la moyenne nationale</p>	$\begin{aligned} & \text{Taux de patients AME de la structure} \\ & - \\ & \text{Taux national AME} \end{aligned}$

## 6. ANNEXE 2 = LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES CONDITIONNANT LA REMUNERATION

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 1 : Accès aux soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Horaires d'ouverture</li> <li>Soins non programmés</li> </ul>	SOCLE-PREREQUIS	Charte d'engagement	Voir modèle-type en annexe 4 de l'ACI.  La charte doit être également affichée dans la structure.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apporter une réponse aux crises sanitaires graves</li> </ul>		Plan de préparation	
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fonction de coordination au sein de la structure</li> </ul>	SOCLE-PREREQUIS	Document attestant de la mise en place de cette fonction : <ul style="list-style-type: none"> <li>Copie du contrat de travail</li> <li>Fiche de poste</li> <li>Etc...</li> </ul>	
AXE 3 : Système d'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un système d'information labellisé par l'ANS de niveau « standard »</li> </ul>	SOCLE-PREREQUIS	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location...</li> </ul>	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer des protocoles pluri-professionnels</li> </ul>	SOCLE	Copie des protocoles élaborés	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle</li> </ul>	SOCLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calendrier des réunions sur l'année civile N</li> <li>Nombre de dossiers examinés par réunion</li> </ul>	Les comptes rendus ne sont pas transmis mais tenus à la disposition du service médical de la caisse

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	précisions
<b>AXE 1 : Accès aux soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Offrir une diversité de soins <ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau 1</li> <li>Niveau 2</li> </ul> </li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste des professionnels associés de la structure.</li> </ul>	<p>La liste mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée</li> <li>Le temps hebdomadaire de présence</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des missions de santé publique</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contrat conclu avec la structure.</li> </ul>	<p>les modalités de contrôle doivent être précisées en annexe du contrat conclu</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des consultations de de second recours</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste des professionnels extérieurs vacataires au cours de l'année civile.</li> </ul>	<p>La liste mentionne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'identité, numéro AM, numéro RPPS, profession ou spécialité exercée</li> <li>Le temps hebdomadaire de présence</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accueillir des médecins signataires d'un contrat CSTM</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste des professionnels concernés</li> <li>Copie du contrat CSTM</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Implication des usagers <ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau 1</li> <li>Niveau 2</li> </ul> </li> </ul>	OPTIONNEL	<p>Transmission de tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou actions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau 1 : questionnaire de satisfaction, sondage, boîte à idée, affichages, flyers, site internet,</li> <li>Niveau 2 : désignation d'un référent usager dans les groupes de travail ou dans des ateliers d'ETP, création de comités d'usagers, présence d'un médiateur.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soins non programmes en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste des médecins s'inscrivant dans le dispositif de Service d'Accès aux Soins.</li> </ul>	

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
<b>AXE 2 : Travail en équipe et coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former des professionnels de santé</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de l'attestation ou convention de stage.</li> </ul>	Identifier le nom du stagiaire, la profession et les dates de stage.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordination externe : Mettre en place une procédure de transmission des données de santé nécessaire à la prise en charge des patients vers des PS extérieurs, des établissements sanitaires, des structures et services médico-sociaux etc</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document attestant de la mise en place des procédures.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Démarche qualité <ul style="list-style-type: none"> <li>Niveau 1</li> <li>Niveau 2</li> <li>Niveau 3</li> </ul> </li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité à chaque niveau.</li> </ul>	<p><u>Niveau 1</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Désignation d'un référent qualité de la démarche,</li> <li>État des lieux,</li> <li>Argumentaire du choix du ou des thèmes nécessitant une action d'amélioration,</li> <li>Détermination d'un objectif.</li> </ul> <p><u>Niveau 2</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'actions.</li> </ul> <p><u>Niveau 3</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bilan des résultats de la démarche par rapport aux objectifs définis,</li> <li>Révision du plan d'action si nécessaire.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protocoles nationaux de coopération des soins non programmés</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tout document attestant de l'inscription par la structure d'au moins un des 6 protocoles auprès de l'ARS.</li> </ul>	

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parcours insuffisance cardiaque</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document attestant de l'intégration de la structure dans le parcours.</li> </ul>	Attestation sur l'honneur de participation + protocole À compter de 2023, le document précise également le nombre de patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>- insuffisants cardiaques,</li> <li>- insuffisants cardiaques « incidents »,</li> <li>- nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination d'un parcours « surpoids ou obésité de l'enfant »</li> </ul>	OPTIONNEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Document attestant de l'intégration de la structure dans le parcours.</li> </ul>	
<b>AXE 3 : Système d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un système d'information labellisé par l'ANS de niveau « avancé »</li> </ul>	OPTIONNEL	Copie du document attestant de l'acquisition du système d'information : <ul style="list-style-type: none"> <li>• factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location...</li> </ul>	La date d'acquisition du logiciel doit apparaître sur le document