

Accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures pluri- professionnelles



La signature et la publication du JO de l'ACI

- Signature d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) le 20 avril 2017 par l'UNCAM et les représentants d'organisations représentatives des médecins libéraux, infirmiers, pharmaciens, sages-femmes, biologistes, orthoptistes, centres de santé.
- Cet accord se substitue au règlement arbitral de 2015 et permet d'intégrer dans le champ conventionnel la politique d'accompagnement des structures pluri-professionnelles.
- Arrêté signé le 24 juillet 2017 et publié au Journal Officiel du 5 Août 2017.
- Entrée en vigueur de ce nouvel accord dont les dispositions seront applicables à compter de l'année civile 2017 (la rémunération interviendra en avril 2018).

Les critères d'éligibilité au contrat ACI

→ Avoir élaboré un projet de santé en cohérence avec le projet régional de santé.

La structure doit être constituée en société dont le statut juridique permet de percevoir des rémunérations de l'assurance maladie au nom de la structure elle-même dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, comme la société interprofessionnelle de soins ambulatoires. (SISA)

Important: la rémunération de la structure est également dépendante des points suivants:

L'ensemble des professionnels signataires du projet de santé doivent être associés de la SISA.

→ Seuls les médecins généralistes associés de la structure seront retenus dans le calcul de la patientèle « Médecin Traitant »

→ *De même, pour tous les professionnels, seuls les associés de la structure seront retenus dans le calcul des indicateurs suivants :*

- ✓ Offre de diversité niveaux 1 et 2
- ✓ Système d'information

La rémunération est versée annuellement en une seule fois au cours du 2 trimestre (mai) et comprend 2 montants

Un solde de l'année écoulée représentant 40% du total

Une avance sur l'année en cours correspondant aux 60% restants

Principes de Rémunération

1

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements relevant de trois axes :



Accès aux soins

Travail en équipe

Système d'information

2

Pour chacun de ces axes, les engagements peuvent être de deux natures : socles et optionnels



Des engagements « **socles** » conditionnant le versement de la rémunération

Des engagements « optionnels » dont certains modulables au niveau local

3

Ces deux niveaux d'engagement contiennent chacun une partie fixe et une partie variable

Une partie fixe

Une partie variable* en fonction de la taille de la patientèle (base 4000 patients)

!

Définition de la patientèle : \sum nb de patients ayant déclaré un des médecins de la structure comme médecin traitant (au 31.12 de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins 2 soins de MG de la structure

La rémunération majorée en fonction du taux de précarité de la structure (CMU-C et AME).

Mise en œuvre de l'ACI : modalités de calcul de la rémunération

Accès aux soins

Travail en équipe

Système d'information

Partie « socle »: prérequis

8850 points

Partie fixe

1. Ouverture de 8 à 20h,
 2. Accès à des soins non programmés (jour ouvré)
- Minoration selon l'amplitude des horaires d'ouverture de la structure

1. Protocoles pluri-professionnels (8 protocoles rémunérés, 100 pts par protocole)
2. Fonction de coordination

1. Système d'information niveau standard

Partie variable*

Pas de rémunération variable

1. Concertation pluri professionnelle formalisée et régulière (certains types de patients)
2. Fonction de coordination
 - +1350 points jusqu'à 8000 patients)
 - + 1000 points sur patientèle supplémentaire (au-delà de 8000 patients)

1. Système d'information niveau standard :
 - + 200 points variable par poste jusqu'à 16 postes
 - +150 points variable par poste supplémentaire

Exemple pour une structure de 4000 patients et 16 professionnels

1 point = 7 €

fiche d'identité	
Date de création	Le mois et l'année de création du protocole
Date de modification	Le mois et l'année des modifications du protocole
Nom de la structure	Les coordonnées de la maison de santé
Référent	Le nom de la personne référente
Titre	Court, facilement mémorisable et utilisable
Problématique	Identification du risque
Objectif général	Amélioration de la qualité de prise en charge pour la population concernée
Objectif opérationnel	Délimite le domaine d'application du protocole : élaboration de fiche de surveillance, de traçabilité ...
Liste des professionnels adhérant à la prise en charge	Noms ou les catégories de professionnels...
Liste des documents associés	Documents nécessaires et utiles pour la mise en œuvre du protocole : fiche d'inscription, outils ...
Sources documentaires ou références	Références documentaires ou les sources utilisés pour élaborer le protocole
Accessibilité du protocole	Indiquer où le protocole est consultable (Ex : classeur de la salle de réunion, logiciel informatique...)
Liste des professionnels informés du protocole	Les professionnels ayant été informés par la mise en œuvre de ce protocole (éventuels recruteurs de patients ...) sont mentionnés
<p>Mode d'évaluation du protocole (un registre, une fiche dédiée, une analyse de dossiers pris au hasard)</p> <p>L'HAS propose les critères de suivis : nombre de personnes prises en charge selon le protocole; nombre de personnes concernées; effets indésirables liés à l'utilisation du protocole; évolution des résultats des soins selon des critères cliniques ou biologiques; satisfaction des professionnels et des patients.</p>	<p>Le protocole doit prévoir des critères de suivis qui permettent de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suivre et de documenter simplement les écarts au protocole. • recueillir les effets indésirables liés à l'utilisation du protocole • discuter et analyser en équipe pluri professionnelle les variations et les effets indésirables • proposer des solutions pour y remédier : changement d'organisation, formations, modifications du protocole etc. • évaluer l'atteinte des objectifs du programme
Prévoir des échanges en équipe pluri professionnelle qui pourraient permettre des réactualisations régulières	Il doit être régulièrement mis à jour en fonction de l'expérience des professionnels et des patients, de l'évolution de l'état de la science, des recommandations ou de la réglementation

Protocoles pluri-professionnels

Formalisation d'un travail habituel

Mise en œuvre de l'ACI : modalités de calcul de la rémunération

	Accès aux soins	Travail en équipe	Système d'information
	Partie « optionnelle » 2 750 points		
Partie fixe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diversité de l'offre niveau 1: 1 profession médicale ou pharmaciens en sus de la médecine générale <u>ou</u> 3 professions paramédicales différentes 2. Diversité de l'offre niveau 2: idem (<u>et</u> à la place de <u>ou</u>) 3. 2nd recours niveau 1: consultation de spécialités de 2nd recours par des professionnels extérieurs à la structure <u>2 jours par mois</u> 4. 2nd recours niveau 2 : idem (<u>2,5 jours par semaine</u> au lieu de 2 jours par mois.) 5. Satisfaction des patients 6. Accueil CSTM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formation des jeunes professionnels de santé (2 stages/an) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Système d'information niveau avancé
Partie variable*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Missions de santé publique (jusqu'à 2 missions rémunérées) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordination externe 	<p>Pas de rémunération variable</p>

1 point = 7 €

Exemple pour une structure de 4000 patients et 16 professionnels

Axe 1 : Accès aux soins

Axe 2 : Travail en équipe / coordination

Axe 3 : Système d'information

Indicateurs socle

Accessibilité : Amplitude horaire et
accès aux soins non programmés :
800 pts fixe

Protocoles pluri-professionnels
100 pts fixe par protocole
jusqu'à 8 protocoles rémunérés

Concertation pluri-professionnelle :
1 000 pts variable

Fonction de coordination
700 pts fixe
+ 1 350 pts variable jusqu'à 8 000 patients
+ 1 000 pts variable sur patientèle
supplémentaire (au-delà de 8 000 patients)

Système d'information –
niveau standard :
500 pts fixe
+ 200 pts variable par poste
jusqu'à 16 postes
+ 150 pts variable par poste
supplémentaire

Indicateurs optionnel

Diversité de l'offre niveau 1 : 250 pts fixe

Diversité de l'offre niveau 2 : 250 pts fixe

2nd recours niveau 1 : 250 pts fixe

2nd recours niveau 2 : 250 pts fixe

Satisfaction des patients : 100 pts fixe

Missions de santé publique :
350 pts variable par mission jusqu'à 2
missions rémunérées

Accueil CSTM : 200 pts fixe

Formation des jeunes : 450 pts fixe

Coordination externe : 200 pts variable

Système d'information-niveau
avancé : 100 pts fixe

**Structure 16
Professionnels et
4000 patients**



Si atteinte à 100 %
des indicateurs
11 600 points
Soit 81 200 euros

Calcul de la patientèle des structures

ACI

À compter de 2019

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)
- un des médecins salariés du centre de santé.

Application d'une majoration de précarité :

- La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité de la structure (patients CMUC et AME).
- Le taux de précarité de la structure est défini en fonction du taux de patients CMUC et du taux de patients bénéficiaires de l'AME parmi la file active de la structure.
- Le taux de patients CMUC et le taux de patients AME de la structure sont comparés aux taux nationaux de patients CMUC (7,5 %) et AME (0,4 %)
- Afin de calculer la majoration de précarité de la structure selon **les modalités suivantes** : Si ce taux est supérieur au taux national, une majoration égale à cette différence est applicable au montant de la rémunération. La majoration de précarité est plafonnée à 25%.

Déclenchement de la rémunération

ACI

Principe : Atteinte des indicateurs socle et définis comme des prérequis :

- « Horaires d'ouverture et soins non programmés »,
- « Fonction de coordination »
- « Système d'information niveau standard ».

2 Dérogations :

Pour les structures disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ASIP Santé

La rémunération intervient si les 2 autres indicateurs socles et prérequis précités sont atteints à l'exception de l'indicateur « Système d'information niveau standard ».

Cette dérogation s'applique durant deux années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée par le logiciel et l'année civile suivante

Pour les nouvelles structures

Durant les deux premières années civiles d'adhésion de la structure au contrat, Atteinte de 2 des 3 indicateurs socles et définis comme des prérequis (« Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Fonction de coordination », « Système d'information niveau standard ».).

→ Un lien étroit entre tous les partenaires pour accompagner les porteurs de projets et les structures signataires.

→ Les référents AM : des binômes médico-administratifs

Référents MSP/PSLA	CPAM	Service médical
CALVADOS	Mme Valérie Lecaudey valerie.lecaudey@assurance-maladie.fr	Dr Eric Chaplet eric.chaplet@assurance-maladie.fr
EURE	Mme Gwenaëlle Empis gwenaelle.empis@assurance-maladie.fr	Dr Alexandra Esprit Wurtz alexandra.esprit@assurance-maladie.fr
MANCHE	Mme Julie Mezel julie.mezel@assurance-maladie.fr	Dr Aude Armand Mignot aude.armand-mignot@assurance-maladie.fr
ORNE	Mme Nadège Decaen nadege.decaen@assurance-maladie.fr	Dr Jocelyne Mazel jocelyne.mazel@assurance-maladie.fr
LE HAVRE	M David Delahays david.delahays@assurance-maladie.fr	Dr Valérie Mauillon valerie.mauillon@assurance-maladie.fr
ROUEN ELBEUF DIEPPE	M Patrick Lamendola patrick.lamendola@assurance-maladie.fr	Dr Valérie Buvat valerie.buvat@assurance-maladie.fr

MERCI DE VOTRE ATTENTION