## Centres de santé médicaux ou polyvalents

Ces fiches ont pour objectif de présenter les indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique visée à l’article 4 de l’accord national entre les centres de santé et les caisses d’assurance maladie, et notamment les conditions d’atteinte des engagements correspondants et les justificatifs à transmettre à l’assurance maladie.

Pour chaque indicateur, la rémunération est fonction de l’atteinte des objectifs.

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs « socle » définis comme des prérequis soient remplis.

A titre dérogatoire, jusqu’au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l’ensemble des trois critères « socle » de l’axe accès aux soins et au moins un des critères « socle » de l’axe travail en équipe ou de l’axe système d’information sont respectés.

Les pièces justificatives sont à transmettre à la CPAM au plus tard le 28 février de l’année civile de référence pour le suivi des engagements.

***SOMMAIRE :***

* Accès aux soins – bloc commun principal
  + Accessibilité du centre de santé
  + Missions de santé publique
  + Diversification de l’offre de soins
* Travail en équipe/coordination – bloc commun principal
  + Concertation pluri-professionnelle formalisée et régulière
  + Formation des jeunes professionnels de santé
  + Coordination externe
  + Protocoles pluriprofessionnels
* Echange/système d’information – bloc commun principal
  + Partage et structuration de l’information
  + Système d’information pluriprofessionnel
* Travail en équipe/coordination – bloc commun complémentaire
  + Démarche qualité
* Accès aux soins – bloc commun complémentaire
  + Accompagnement des publics vulnérables
  + Information du public
* Echange/système d’information – bloc commun complémentaire
  + Télétransmission et téléservices
  + Mise à disposition par le médecin traitant d’une synthèse annuelle pour ces patients
  + Mise à disposition d’un justificatif informatique attestant de l’utilisation des téléservices

### Fiche Indicateur « Accès aux soins – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « ACCESSIBILITE DU CENTRE DE SANTE»

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis – L’ensemble des trois critères de cet indicateur doivent toujours être rempli pour donner lieu à la rémunération forfaitaire spécifique commune.

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 1200 points (critère 1 soumis le cas échéant à minoration et/ou dérogation de l’ARS)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

**3 Critères :**

1. Amplitude des horaires d’ouverture

Assurer des horaires d’ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires :

En pratique, la structure **s’engage à être ouverte de 8 heures à 20 heures** **en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires**.

*Toutefois, une modulation de ces horaires 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.*

*En dehors de ses horaires, un message d’accueil téléphonique doit permettre d’orienter les patients vers un autre accès aux soins.*

1. Accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

Les professionnels de santé de la structure **s’organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients** ayant besoin de soins non programmés.

1. Fonction de coordination organisée avec un responsable identifié

**Identification d’un responsable de la coordination** au sein du centre de santé, en charge de l’organisation de l’accueil et de l’orientation des patients, de la gestion des plannings, de l’organisation des interventions, de l’information des patients sur leurs droits, etc.

*Cette fonction de coordination au sein du centre de santé peut être occupée indifféremment par un professionnel de santé ou par du personnel administratif. L’objectif est de mettre en place une organisation permettant d’assurer :*

* *l’accueil des patients ;*
* *l’information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS) ;*
* *leur orientation auprès des différents professionnels exerçant au sein de la structure ;*
* *la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical ;*
* *le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite ;*
* *la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, permettant une prise en charge coordonnée des patients en fonction de leurs besoins ;*

Charte d’engagement sur le service au patient

L’ensemble des trois critères précédents fait l’objet d’une charte d’engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients et *dont le modèle figure en annexe 2 de l’accord national pour les centres de santé médicaux ou polyvalents.* **Cette charte est affichée dans le centre de santé**(dans les différents sites en cas de structures ayant plusieurs sites géographiques) et est disponible sur le site ameli.fr dès lors que le service d’information sur les centres de santé est opérationnel.

**Minoration du nombre de points :**

Ces minorations sont le cas échéant cumulables.

* une minoration de 60 points est appliquée pour une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ;
* une minoration de 150 points est appliquée pour une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ;
* une minoration de 120 points est appliquée lorsque le centre est fermé le samedi ;
* une minoration de 30 points est appliquée par semaine de fermeture dans la limite de trois semaines (fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l’année) ;

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Une copie de la « charte d’engagement vis-à-vis des patients », conforme au modèle figurant en annexe 2 de l’accord national des centres de santé, doit être *transmise à la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé*

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Le respect de ces trois indicateurs et la transmission de la charte à la CPAM conditionne le déclenchement de la rémunération.

**Exemples :**

*Sous réserve de l’atteinte des critères 2 et 3*

### Fiche Indicateur « Accès aux soins – bloc commun principal»

**Intitulé de l’indicateur :** « Missions de santé publique ».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Variable**
* **Nombre de points :**
* 350 points par mission de santé publique réalisée par le centre de santé *(pour une patientèle de référence de 4 000 patients[[1]](#footnote-1)),* dans la limite de 2 missions différentes par centre, soit 700 points au maximum (*pour une patientèle de référence de 4 000 patients) ;*
* 200 points par mission de santé publique « infirmière » supplémentaire dans la limite d’une mission (*pour une patientèle de référence de 450 patients)* pour les centres ayant une forte activité infirmière ;
* 200 points par mission de santé publique « dentaire » supplémentaire dans la limite d’une mission (*pour une patientèle de référence de 2600 patients)* pour les centres ayant une forte activité dentaire.
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

Les missions sont **à choisir parmi la liste des thèmes figurant en annexe 5** de l’accord national des centres de santé:

* 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 chez les adolescents de 12 à 25 ans ;
* 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 ;
* éducation thérapeutique et éducation à la santé.

La ou les missions choisies doivent répondre à des **spécificités territoriales** et aux **objectifs du projet régional de santé**.

Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière peuvent compléter les 2 missions de santé publique initiale (précisées ci-dessus) par une autre mission de relais d’information ou d’actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé à choisir parmi les thèmes figurant en annexe 5 de l’accord national des centres de santé.

Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire peuvent également compléter les 2 missions de santé publique initiale par une mission de santé publique répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), ou, à défaut, réaliser des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l’article 8.3.3. de l’accord national.

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Documents déclaratifs indiquant :

* le nombre de missions de santé publique, dont les missions complémentaires infirmières et/ou dentaires si le critère de la forte activité infirmière ou dentaire est rempli
* les thèmes de ces missions ;
* pour les fortes activités dentaires : le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco-dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé conclus avec les établissements, structures ou associations …

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du nombre de mission(s) de santé publique ou de mission de santé publique dentaire (ou contrat de partenariat pour bilan bucco-dentaire) réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération.

### Fiche Indicateur « Accès aux soins – bloc commun principal»

**Intitulé de l’indicateur :** « Diversification de l’offre de soins »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points : 900** points au total dont :
* 250 points pour le niveau 1,
* 200 points pour le niveau 2,
* 225 points pour le niveau 3,
* 225 points pour le niveau 4.
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

**4 Niveaux :**

**Niveau 1** – Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours réalisées par des médecins spécialistes ou d’accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé, sur des créneaux horaires définis et représentant une **présence équivalente à au moins un jour par semaine pour l’ensemble de ces disciplines.**

L’atteinte de ce critère permet à la structure de disposer de 250 points.

**Niveau 2** – Organisation, au sein de la structure, de consultations de second recours réalisées par des médecins spécialistes ou d’accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes salariés du centre, sur des créneaux horaires définis et représentant **une présence équivalente à au moins 0,5 ETP pour l’ensemble de ces disciplines.**

Si le niveau 2 est atteint, la structure pourra bénéficier de 200 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 2 (points qui peuvent s’ajouter aux points du niveau 1).

**Niveau 3** – Présence parmi les professionnels de la structure (autres que ceux pris en compte aux niveaux 1 et 2), d’au moins 2 professions médicales différentes[[2]](#footnote-2) en sus de la médecine générale **OU** d’au moins 3 professions paramédicales différentes[[3]](#footnote-3).

Si le niveau 3 est atteint, la structure pourra bénéficier de 225 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 3 (points qui peuvent s’ajouter aux points du niveau 1et 2).

**Niveau 4** – Présence parmi les professionnels de la structure (autres que ceux pris en compte aux niveaux 1 et 2), d’au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale **ET** d’au moins 3 professions paramédicales différentes

Si le niveau 4 est atteint, la structure pourra bénéficier de 225 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 4 (points qui peuvent s’ajoutent aux points du niveau 1,2 et 3).

**Au total, l’atteinte des 4 niveaux ouvrira à la structure le bénéfice de 900 points** sur cet indicateur :

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet :

* la liste des professionnels de santé exerçant au sein de la structure précisant, pour chaque professionnel salarié de la structure :
  + l’identité,
  + la profession,
  + la spécialité médicale pour les médecins.

La liste actualisée doit être transmise à la caisse d’assurance maladie de rattachement de la structure.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la réalisation des différents niveaux. La caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé vérifie que l’engagement est respecté, au regard de la liste des salariés du centre et des documents transmis permettant d’attester de l’organisation de ces consultations de second recours et la diversification de l’offre de soins

**Exemples :**

### Fiche Indicateur « Travail en équipe / Coordination – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « Concertation pluri professionnelle formalisée et régulière »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis (Dérogation prévue jusqu’au 31/ 12 /2016)

**Rémunération :**

* **Variable et fixe**
* **Nombre de points :** 1 200 points dont
* 1000 (pour une patientèle de référence de 4000 patients) en variable pour une réunion en moyenne par mois ET 3% des patients de la structure
* 200 en fixe pour des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes (au moins 3 réunions par an) pour les centres ayant une forte activité dentaire (optionnel)
* Minoration pour les centres polyvalents sans activité paramédicale
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

**Concertation des centres de santé polyvalents**

**Organiser régulièrement des réunions de concertation pluri-professionnelles formalisées entre les médecins et les autres professionnels de santé du centre de santé autour des dossiers de certains patients et de privilégier ceux présentant les affections suivantes** :

* patients porteurs d’affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
* patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;
* patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer: lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
* patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
* patients complexes ou en perte d’autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

**Un compte rendu de la réunion est intégré, sous une forme paramétrable permettant une requête informatique, dans le dossier informatisé de chaque patient concerné.**

**Objectifs :**

* La rémunération est de 1000 points si le centre de santé atteint les 2 objectifs suivants :
* organisation d’une réunion/mois en moyenne
* les concertations formalisées doivent concerner chaque année 3 % des patients de la structure.
* Le centre de santé ayant une forte activité dentaire bénéficiera de 200 points supplémentaires pour l’organisation de 3 réunions par an entre chirurgiens-dentistes

**Modalités de vérification du respect de l’indicateur :**

Le taux de réalisation de cet objectif est calculé par rapport à la fréquence de ces réunions et au nombre de dossiers examinés **(précisions infra).**

**Minorations :**

Une minoration de 250 points est appliquée pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale lorsque la concertation n’a lieu qu’entre médecins ou entre professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes).

Une minoration de 150 points est appliquée pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre de santé et les auxiliaires médicaux extérieurs à la structure, en charge des patients dont les dossiers sont examinés pendant la réunion de concertation, et qui ont signé avec le centre de santé une convention prévoyant le principe et les conditions de cette concertation.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Le centre de santé transmet à l’organisme local d’assurance maladie :

* le planning des réunions de concertation intervenues dans l’année, précisant les dates des réunions et le nombre de dossiers étudiés lors de chacune d’entre elles ;
* les résultats d’une requête informatique permettant d’attester du pourcentage de patients de la structure dont le dossier a fait l’objet d’une réunion de concertation avec compte rendu intégré au dossier informatisé. Jusqu‘au 31/12/2016, si la structure n’est pas encore équipée d’un système d’information conforme au cahier des charges de l’ASIP santé lui permettant une telle requête, elle transmet par voie écrite le taux de réalisation de l’objectif.
* le cas échéant, le centre de santé transmet les conventions conclus entre les médecins du centre et les auxiliaires médicaux extérieurs au centre prévoyant le principe et les conditions de la concertation.

Le service médical de l’assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d’une copie des comptes rendus anonymisés de réunion.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Le déclenchement de la rémunération est fonction :

* réalisation d’une réunion/mois en moyenne entre les professionnels médicaux et paramédicaux du centre de santé ;
* concertation portant sur au moins 3% des dossiers de la patientèle de la structure ;
* présence de professionnels paramédicaux dans la liste des salariés du centre de santé (pour rémunération sans minoration) ;
* si pas de paramédicaux dans le centre de santé, existence de convention entre les médecins du centre et les auxiliaires médicaux extérieurs au centre qui participent aux réunions de concertation.

Le respect des engagements est vérifié par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

**Concertation des centres polyvalents ayant une forte activité dentaire (critère optionnel) :**

En sus de la concertation pluri-professionnelle présentée ci-dessus, le centre de santé ayant une forte activité dentaire, peut bénéficier d’une rémunération supplémentaire, s’il organise des réunions de coordination entre les chirurgiens-dentistes du centre de santé, portant sur l’organisation interne des soins ou sur l’examen de dossier de patient complexe.

**Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

* le planning des réunions de coordination intervenues dans l’année entre les chirurgiens-dentistes du centre de santé.

Le service médical de l’assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d’une copie des comptes rendus anonymisés de réunion.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la fréquence des réunions :

* réalisation d’au moins trois réunions/an entre les chirurgiens-dentistes du centre.

Le respect des engagements est vérifié par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

### Fiche Indicateur : « Travail en équipe / Coordination – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :**
* 450 points pour 2 stages par an de professionnels de santé ;
* 225 pour un stage infirmier supplémentaire (uniquement pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière) ;
* 225 pour un stage dentaire supplémentaire (uniquement pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

Cet indicateur a vocation à rémunérer les centres de santé en tant que **terrain de stages de formation** pour les professionnels de santé.

Pour que la structure bénéficie de 450 points, elle doit accueillir :

* au moins deux stages par an
* quelle que soit la profession des stagiaires accueillis.

*Par exemple, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli un stagiaire médecin généraliste et un stagiaire infirmier.*

Pour que la structure bénéficie de 225 points supplémentaires :

* avoir une forte activité infirmier ou dentaire
* au moins un stage infirmier ou dentaire supplémentaire

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères, la structure transmet à la caisse d’assurance maladie les copies des attestations de stages réalisés au sein du centre de santé dans l’année.

**Conditions de déclenchement de la rémunération**

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction du nombre de stages réalisés. La caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé procède à la vérification des engagements.

### Fiche Indicateur : «Travail en équipe / Coordination – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « COORDINATION EXTERNE »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe et variable**
* **Nombre de points :**
* 200 points en variable (sur la base d’une patientèle de référence de 4 000 patients)
* 200 points en fixe si forte activité dentaire pour un contrat passé avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

**Critère 1 : Pour la coordination externe des centres de santé polyvalents et médicaux :** Transmettre les données médicales nécessaires aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires en cas d'hospitalisation et vers les structures et services médico sociaux

Informations médicales visées :

* volet de synthèse médicale (VSM),
* informations recueillies par les autres professionnels de santé du centre nécessaires à la continuité de la prise en charge, … .

Mise en place d’une procédure :

1) **Elaboration d’un document** précisant la ou les procédures mise(s) en place pour organiser la transmission des informations médicales nécessaires à la prise en charge des patients du centre de santé par des professionnels de santé extérieurs ou, en cas d’hospitalisation par des services et établissements sanitaires ou médico-sociaux.

Cette procédure doit notamment **prévoir les modalités de transmission du volet de synthèse médical du patient**, établi par le médecin traitant conformément aux recommandations de la HAS, complété des informations recueillies par les autres professionnels de santé du centre et nécessaires à la continuité de la prise en charge.

2) Pour chaque patient hospitalisé, **ouverture d’un dossier médical électronique**, alimenté au moins par le volet de synthèse médicale.

**L’atteinte de ce critère permet de bénéficier de 200 points en variable.**

**Critère 2 : Pour les centres de santé polyvalents à forte activité dentaire :** Contractualisation avec un EHPAD ou un établissement médico-social en vue de la réalisation d’un bilan bucco-dentaire pour chaque patient admis dans l’établissement.

Conditions du contrat :

Le bilan bucco-dentaire doit être proposé par les chirurgiens-dentistes du centre de santé à chaque patient lors de son admission dans l’établissement. Le contrat doit prévoir que 80% des patients de l’établissement doivent faire l’objet d’un bilan dans l’année par un chirurgien-dentiste du centre de santé ou par un autre chirurgien-dentiste (respect du libre choix du patient).

**L’atteinte de ce critère permet aux centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire de bénéficier de 200 points en fixe pour au moins un contrat.**

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour le critère 1 :

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé transmet à la caisse d’assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures :

* description de la procédure mise en place pour la transmission des informations vers les services ou structures extérieurs amenés à prendre en charge les patients de la structure,
* document ou requête attestant de l’ouverture d’un DMP alimenté au moins par le VSM pour tous les patients du centre de santé amenés à être hospitalisés.

Pour le critère 2 :

Pour permettre la vérification de ce critère la structure transmet à la caisse d’assurance maladie :

* une copie du contrat établie entre le centre de santé et l’EHPAD ou l’établissement médico-social précisant les engagements ci-dessus ;
* une synthèse annuelle du dépistage bucco-dentaire indiquant le nombre de patients admis dans l’établissement, le nombre total de bilans réalisés et le nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Pour le critère 1 :

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération dépend des documents transmis qui sont vérifiés par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

Pour le critère 2 :

- au moins un contrat signé avec un EHPAD ou un établissement médico-social

- nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé au moins égal à 10 par an.

### Fiche Indicateur : « Travail en équipe / Coordination – Protocoles pluri-professionnels – bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis (Dérogation prévue jusqu’au 31/ 12 /2016)

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 500 points (pour au moins 5 protocoles élaborés), rémunération progressive (100 points par protocole élaboré)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles**

**Elaboration par le centre de santé**, en référence aux recommandations de la HAS, de **protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par certaines pathologies** :

* patients porteurs d’affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
* patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;
* patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
* patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
* patients complexes ou en perte d’autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

En conformité avec les référentiels existants, notamment les guides parcours de la HAS, ces protocoles précisent :

* **le rôle et les temps d’intervention** des différents professionnels impliqués dans la prise en charge,
* **les modalités de transmission** entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Ces protocoles associent nécessairement au moins deux professions de santé telles que définies dans le code de la santé publique.

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères le centre de santé transmet :

* tout document attestant de l’élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge des 5 catégories de patients listées.

Le service médical de l’assurance maladie a la possibilité de demander au centre de santé la transmission d’une copie de l’ensemble des protocoles élaborés pour procéder à la vérification du respect de la réalisation de ce critère.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction des documents transmis qui sont vérifiés par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

### Fiche Indicateur : « Echange / système d’information bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « PARTAGE ET STRUCTURATION DE L’INFORMATION »

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis (Dérogation prévue jusqu’au 31/ 12 /2016)

**Rémunération :**

* **Fixe et variable**
* **Nombre de points :**
* 850 points (part fixe)
* 1 500 points (part variable sur une base de patientèle de référence de 4 000 patients)
* 450 points supplémentaires pour les centres de santé avec une forte activité dentaire (part variable sur une base de patientèle de référence de 2 600 patients)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

**Pour que le centre de santé bénéficie des 850 points et des 1500 points, 2 phases sont prévues :**

Par dérogation, jusqu’au 31 décembre 2016, pour remplir cet indicateur, la structure doit être dotée :

* d’un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé du centre et compatible avec le DMP,

ou

* d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé (niveau 1 ou 2).

A compter du 1er janvier 2017, pour remplir cet indicateur, le centre de santé doit :

* avoir mis en place dans la structure un système d'information pluri-professionnel labellisé a minima niveau 1 par l'ASIP santé.
* les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient ; la valorisation est fonction de la part de patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Cette part doit atteindre 33% la 1ère année suivant la mise en place du logiciel et 66% la deuxième année.

Ces deux conditions sont cumulatives.

**Pour que le centre bénéficie des 450 points supplémentaires, le centre de santé doit :**

* avoir une forte activité dentaire,
* être dotée d’un système d’information permettant :
  + la tenue d’un dossier dentaire informatisé et structuré
  + évolutivité et interopérabilité du système d’information et qui à terme doit être compatible avec le DMP et permet l’usage de messagerie sécurisée
* les dossiers dentaires informatisés et structurés doivent être intégrés dans le système d’information partagé du centre de santé polyvalent.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet à la caisse d’assurance maladie :

* une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ;
* de manière transitoire (jusqu’au 31 décembre 2016), transmission des justificatifs attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé du centre de santé et est compatible avec le DMP ;
* pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire : une copie des factures du logiciel, compatible avec le DMP et l’usage des messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d’abonnement ou de location, avec la date d’acquisition de l’équipement.

*Précision : ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.*

Pour les structures ayant un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 :

* Transmission des résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

**Conditions de déclenchement et niveau de la rémunération :**

Au regard des documents transmis permettant d’attester du niveau de partage et de structuration de l’information au sein de la structure, la vérification de l’atteinte de ces critères est effectuée.

*A noter : la rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d’acquisition du système d’information*

Pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire : le déclenchement de la rémunération dépend également de la présence des pièces justificatives.

### Fiche Indicateur : « Echange / Système d’information bloc commun principal »

**Intitulé de l’indicateur :** « SYSTEME D’INFORMATION PLURIPROFESSIONNEL ».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 100 points
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critère et modulations possibles :**

Disposer d’un système d’information conforme au cahier des charges de **l’ASIP santé labellisé de niveau 2**.

Ce système d’information est administré et partagé au moyen d’habilitations différenciées entre les professionnels de la structure.

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé transmet :

* une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

*Précision : ces documents comportent la date d'acquisition ou mise en service de l'équipement.*

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Au regard des documents transmis permettant d’attester du niveau de partage et de structuration de l’information au sein de la structure, la vérification de l’atteinte de ces critères est effectuée par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

A noter : *la rémunération correspondante est versée prorata temporis à compter de la date d’acquisition du système d’information.*

### Fiche Indicateur : « Travail en équipe / Organisation- Bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « DEMARCHE QUALITE ».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 550 points au maximum en 4 niveaux dont :
* 100 points pour le niveau 1
* 150 points supplémentaires pour le niveau 2
* 150 points supplémentaires pour le niveau 3
* 150 points supplémentaires pour le niveau 4
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

Engagement des centres de santé dans une démarche qualité fondée sur l’évaluation de leur pratique organisationnelle telle que décrite dans un référentiel élaboré par le RNOGCS. Ce référentiel ainsi que des conseils de mise en œuvre permettant l’auto-évaluation des centres de santé ont été établis avec l’appui méthodologique de la HAS.

**Quatre niveaux** de réalisation sont distingués dans la démarche d’auto-évaluation avec production d'un **Plan d'Amélioration de la Qualité** (PAQ) sur la base du référentiel HAS - RNOGCS :

- **1er niveau** : **désignation d'un coordinateur** de la démarche qualité et identification d’un professionnel de santé de l'équipe de soins en charge d’élaborer et d’actualiser le projet de santé du centre et d'animer médicalement la structure pour renforcer la qualité de la prise en charge;

L’atteinte de ce critère permet de bénéficier de 100 points.

- **2ème niveau** : atteinte au-delà de **50% des critères** intégrés au PAQ.

Si le niveau 2 est atteint la structure pourra bénéficier de 150 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 2 (points qui s’ajoutent aux points du niveau 1).

- **3ème niveau** : atteinte de **100% des critères** intégrés au PAQ;

Si le niveau 3 est atteint la structure pourra bénéficier de 150 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 3 (points qui s’ajoutent aux points du niveau 1 et 2).

- **4ème niveau** : **certification du centre de santé** par un audit externe d'un organisme habilité.

Si le niveau 4 est atteint la structure pourra bénéficier de 150 points supplémentaires liés à l’atteinte du niveau 4 (points qui s’ajoutent aux points du niveau 1, 2 et 3).

Au total, l’atteinte des 4 niveaux permettra à la structure de bénéficier de 550 point sur cet indicateur.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet à la caisse d’assurance maladie tout document attestant de l’état d’avancement de la démarche qualité :

* désignation d’un coordinateur de la démarche qualité
* le PAQ ;
* Attestation de la certification qualité du centre de santé par un organisme extérieur habilité.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du niveau d’atteinte de la démarche qualité et des documents transmis qui sont vérifiés par la caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé.

### Fiche Indicateur : « Accès aux soins - Bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 200 points au maximum
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

Encourager **un engagement renforcé des centres de santé** dans la prise en charge des publics vulnérables.

Ce dernier concerne les personnes pour lesquelles l’impossibilité d’accéder à certains droits ou services fait courir le risque d’une dégradation de leur situation sanitaire ou sociale et qui sont victimes de maltraitance ou de violence, porteuses d’un handicap lourd, présentant des troubles sévères du comportement ou souffrant d’addiction à l’alcool ou aux drogues illicites, nécessitant une orientation particulière pour une prise en charge adaptée.

Il peut s’agir également d’une patientèle démunie, en rupture d’accès aux soins et de protection sociale, requérant un accompagnement pour l'ouverture des droits.

Condition de prise en charge de ces populations :

* une coordination médico-administrative pour favoriser la prise en charge et l’aide à l’attribution de droits sociaux
* une orientation vers les acteurs et structures sanitaires médico-sociales ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l’un d’entre eux
* prise en compte des difficultés linguistiques

Condition de déclenchement de la rémunération :

* 100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé
* 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères, le centre de santé transmet à la caisse d’assurance maladie une synthèse annuelle des modalités de cet accompagnement (modèle en annexe 6 de l’accord national des centre de santé). Cette synthèse comprend le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Le déclenchement de la rémunération est fonction du pourcentage que représente le public vulnérable dans la file active du centre de santé.

### Fiche Indicateur : « Accès aux soins – bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « INFORMATION DU PUBLIC»

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 50 points
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles**

**Informer les patients sur l’organisation et le fonctionnement du centre de santé afin de faciliter leur accès aux soins par la mise en ligne sur le site ameli.fr :**

* Des horaires d’ouverture ;
* Des plages de consultation avec et sans rendez-vous ;
* Toute autre information utile aux patients notamment sur les conditions d’accessibilité à destination des personnes présentant un handicap ;

La liste des informations à fournir, au-delà de celles citées ci-dessus est arrêtée par les partenaires conventionnels en Commission Paritaire Nationale:

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Jusqu’à la mise à disposition d’un téléservice, le centre transmet à la caisse d’assurance maladie tout document nécessaire à la mise en ligne de ces informations.

A terme, ces informations seront saisies par la structure via un téléservice mis à disposition par l’assurance maladie.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

La rémunération est fonction de la transmission des documents après vérification des éléments par la caisse d’assurance maladie.

### Fiche Indicateur : « Echange / Système d’information - bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « TELETRANSMISSION ET TELESERVICES».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Variable**
* **Nombre de points :** 486 points au maximum dont :
* 440 pour la télétransmission (sur la base de 11 ETP médicaux et paramédicaux en moyenne)
* 46 points pour SCOR (sur la base de 3,3 ETP paramédicaux)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

**Critère 1** : **dispositif de SCannerisation des ORdonnances (SCOR) (pour les centres de santé ayant une activité paramédicale)**

Mise en place d’un dispositif de scannerisation et de télétransmission des pièces justificatives dématérialisée selon les modalités définies par l’article 34 de l’accord national

Dans l’attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, l’envoi de la copie de l’ordonnance papier est remplacée par l’envoi d’une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d’accueil inter-régimes.

Cependant, les modalités de transmissions alternatives et ponctuelles de la copie de l’ordonnance sur support papier sont conservées.

**Critère 2** : **Télétransmission**

Poursuivre la généralisation des feuilles de soins électroniques conformes à la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale, qui facilite les échanges avec l’assurance maladie et simplifie la prise en charge des assurés sociaux.

L’indicateur permettant de juger du respect de ce critère est le taux de télétransmission, il est égal au ratio entre le nombre d’actes télétransmis en mode sécurisé et le nombre d’actes total établi selon les données issues du système national d’information de l’assurance maladie.

Ce taux doit être d’au moins 70%.

**Pièces justificatives** **à transmettre :**

Dans le cas où les pièces justificatives ne peuvent être télétransmises, le centre de santé transmettra les pièces sur support papier.

### Fiche Indicateur : « Echange / Système d’information - bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « MISE A DISPOSITION PAR LE MEDECIN TRAITANT D’UNE SYNTHESE ANNUELLE POUR CES PATIENTS».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Variable**
* **Nombre de points :** 150 points pour une patientèle de référence de 4 000 patients
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

Elaboration à partir d’un dossier informatisé actualisé, d’une synthèse annuelle pour chaque patient ayant désigné un médecin du centre de santé comme médecin traitant.

Cette synthèse permet de **planifier la prise en charge des soins dispensés aux patients** grâce notamment à l’établissement de calendriers de suivi et à la coordination avec les autres professionnels de santé.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin traitant du centre de santé doit être en mesure d’éditer une synthèse annuelle pour le suivi médical de ses patients **au plus tard le 31 décembre de chaque année.**

Le contenu de la synthèse médicale, validé par la HAS, comprend notamment :

* coordonnées du patient ;
* coordonnées du médecin traitant ;
* date de mise à jour ;
* pathologies en cours ;
* antécédents personnels (y compris : allergies et intolérances médicamenteuses) ;
* facteurs de risque ;
* traitement(s) au long cours ;
* points de vigilance (note en texte libre du médecin relative à un traitement [médicamenteux ou non] ponctuel mais significatif, des résultats d’examens particulièrement significatifs ou des éléments nécessitant une vigilance particulière) ;
* signature.

La synthèse étant renseignée en « positif », il est nécessaire que figure la mention « synthèse renseignée en « positif » (les éléments absents ne sont pas spécifiquement renseignés) », ce qui signifie que si le médecin n’a pas connaissance ou n’a pas mis en évidence des éléments entrant dans les différentes rubriques il ne sera pas précisé : « absence de… ». Cette mention est incrémentée automatiquement dans les logiciels métiers.

La synthèse est mise à la disposition du patient s’il en fait la demande. Elle a vocation à être partagée par les professionnels de santé, dans le DMP et au service médical de l’assurance maladie s’il en fait la demande.

**Pièces justificatives** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Il s’agit d’un indicateur déclaratif : le centre doit déclarer le taux de réalisation de cette synthèse parmi ses patients médecin traitant du centre.

De plus les synthèses annuelles doivent avoir été adressées au service médical de l’assurance maladie s’il en fait la demande.

### Fiche Indicateur : « Echange / Système d’information - bloc commun complémentaire »

**Intitulé de l’indicateur :** « MISE A DISPOSITION D’UN JUSTIFICATIF INFORMATIQUE ATTESTANT DE L’UTILISATION DES TELESERVICES »

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 75 points
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

Le centre de santé établi un justificatif informatique (ex : copie de la facture de logiciel) attestant de l’intégration des téléservices (SCOR, télétransmission,…) dans son logiciel.

Le centre de santé doit également utiliser ces téléservices dès lors qu’ils sont accessibles pour ces structures via Espace Pro ou en mode intégré dans les logiciels métiers.

**Pièce justificative** **à transmettre pour la vérification de l’indicateur :**

Pour permettre la vérification de ces critères le centre de santé transmet à la caisse d’assurance maladie ce justificatif. Elle pourra vérifier l’utilisation effective des différents téléservices mis à la disposition des différents centres de santé.

Ainsi, pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, deux conditions cumulatives doivent être respectées par le centre de santé :

* télétransmettre
* utiliser les téléservices.

1. La patientèle des centres de santé médicaux/polyvalents est définie dans l’accord national à l’article 13.1 [↑](#footnote-ref-1)
2. Les professions médicales au sens du code de la santé publique comprennent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme (4ème partie, livre 1er). [↑](#footnote-ref-2)
3. Les professions paramédicales considérées sont les auxiliaires médicaux listés dans le code de santé publique (4ème partie, livre 3ème). [↑](#footnote-ref-3)