## Centres de santé dentaire

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 dont certains sont des prérequis.

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
* Travail en équipe/coordination – bloc commun principal
  + Concertation professionnelle formalisée et régulière
  + Formation des jeunes professionnels de santé
  + Coordination externe
* Echange/système d’information – bloc commun principal
  + Système d’information
* 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

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

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

**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 :** 600 points (critère 1 soumis à minoration)
* **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 la période **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 PDS précisées dans le cahier des charges régional de la PDS.*

*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 au patient dont le modèle figure en annexe 4 de l’accord national pour les centres de santé dentaires. **Cette charte est affichée dans le centre de santé** (dans les différents sites en cas de structures ayant plusieurs sites géographiques).

A terme, cette charte sera mise en ligne sur le site ameli.fr dès lors que le service d’information sur les centres de santé est opérationnel.

**Minoration du nombre de points :**

* une minoration de 30 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 70 points est appliquée pour une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ;
* une minoration de 50 points est appliquée lorsque le centre est fermé le samedi ;
* une minoration de 20 points est appliquée lorsque le centre est fermé au maximum 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 publiques ou bilan bucco-dentaire auprès de la population ciblée ».

**Type d’indicateur :** OPTIONNEL

**Rémunération :**

* **Variable**
* **Nombre de points :** 200 points pour une mission de santé publique inscrite dans le contrat *(pour une patientèle de référence de 2600 patients[[1]](#footnote-1)),* dans la limite d’une mission par contrat.
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

La mission de santé publique doit répondre à des **spécificités territoriales** et aux **objectifs du projet régional de santé** (PRS) ou, à défaut, des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées peuvent être réalisés, dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l’article 8.3.3 de l’accord (contrats passés entre un centre de santé dentaire et un EHPAD ou un établissement médico-social).

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

Documents déclaratifs indiquant :

- le nombre de missions de santé publique

- et précisant les thèmes de ces missions ;

- ou le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco- dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé, à des personnes âgées, diabétiques ou handicapées dans 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 contrat de partenariat pour le bilan bucco-dentaire réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération.

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

**Intitulé de l’indicateur :** « CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE »

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

**Rémunération :**

* **Fixe**
* **Nombre de points :** 200 points pour 3 réunions par an
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

**Organiser régulièrement des réunions de concertation** entre les chirurgiens-dentistes en présence du coordonnateur. Ces réunions portent sur l’organisation interne des soins ou sur des dossiers de patients complexes :

**Objectif :**

La rémunération est de 200 points en cas d’organisation d’au moins 3 réunions/an

**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

Le service médical de l’assurance maladie a la possibilité de demander à la structure la transmission d’une copie des comptes rendus anonymisés pour procéder à la vérification du respect de la réalisation de ce critère.

**Conditions de déclenchement de la rémunération :**

Cet indicateur est déclaratif. 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 :** 250 points pour 1 stage par an
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles**

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

**Objectifs :**

Pour que la structure bénéficie de 250 points, elle doit accueillir au moins un stagiaire en chirurgie dentaire par an

**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 les copies des attestations de stages réalisés au sein de la structure 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**
* **Nombre de points : 250 points par contrat passé** avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social dans la limite de 2 contrats, soit 500 points au maximum
* **Valeur du point :** 7 euros

**Détail des critères et modulations possibles :**

Favoriser la réalisation d’un bilan bucco-dentaire par **la signature d’un contrat** entre le centre de santé dentaire et un EHPAD ou un établissement médico-social.

**Conditions du contrat :**

Le bilan bucco-dentaire doit être proposé à chaque patient lors de son admission. Le contrat doit prévoir qu’au moins 80% des patients de l’établissement doivent faire l’objet d’un bilan bucco-dentaire dans l’année par un chirurgien-dentiste du centre de santé ou par un autre chirurgien-dentiste.

**L’atteinte de ce critère permet au centre de santé de bénéficier de 500 points en fixe au maximum pour deux contrats (250 points pour un contrat). Pour donner lieu à rémunération, le nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé doit être au moins égal à 10 par an par contrat.**

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

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé transmet à la caisse d’assurance maladie:

* une copie des contrats établis entre le centre de santé et l’EHPAD ou l’établissement médico-social
* 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 :**

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction du nombre de contrat signé et du nombre de bilan réalisé par les chirurgiens-dentistes du centre de santé. La caisse d’assurance maladie de rattachement du centre de santé procède à la vérification des engagements

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

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

**Type d’indicateur :** SOCLE – Prérequis

**Rémunération :**

* **Fixe et variable**
* **Nombre de points :**
* 250 points (part fixe)
* 450 points (part variable sur une base de patientèle de référence de 2 600 patients)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

Pour remplir cet indicateur, le centre de santé doit disposer d’un système d’information permettant :

- la tenue d'un **dossier dentaire informatisé structuré**,

- **l'évolutivité et l'interopérabilité** du système d’information qui est, à terme, DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

**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 copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l’usage de messagerie sécurisée,
* les copies des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location.

*Précision : ces documents comportent la date d'acquisition 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.
* 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 de l’atteinte des niveaux de réalisation de la démarche qualité et des documents transmis pour lesquelles la caisse d’assurance maladie procède à une vérification.

### 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
* qu’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

**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 une synthèse annuelle des modalités de cet accompagnement (modèle annexe 6 de l’accord national des centres 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 ;
* Toute autre information utile aux patients 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 :** 120 points (sur la base de 3 ETP chirurgiens-dentistes en moyenne)
* **Valeur du point :** 7 euros

**Critères et modulations possibles :**

**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, calculé par la caisse nationale d’assurance maladie, doit être d’au moins 70%.

1. La patientèle des centres de santé dentaires est définie dans l’accord national à l’article 13.2 [↑](#footnote-ref-1)