



Accord national **CENTRES DE SANTÉ**

Indicateurs mesurant l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins



CENTRE DE SANTÉ MÉDICAL OU POLYVALENT

Les fiches qui suivent 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.

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.



À 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.

Bloc commun principal **SOCLE**

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun principal **OPTIONNEL**

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun **COMPLÉMENTAIRE** (optionnel)

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun principal **SOCLE**

▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Accessibilité du centre de santé »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière »
- Indicateur « Protocoles pluriprofessionnels »

▶ **Systeme d'information**

- Indicateur « Partage et structuration de l'information »

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

Critères et modulations possibles

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, 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 PDSA¹ précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA. En dehors de ces horaires, un message d'accueil téléphonique doit permettre d'orienter les patients vers un autre accès aux soins.

2. 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.

3. 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 un agent 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.*

¹ PDSA : permanence des soins ambulatoires

Accès aux soins – Bloc commun principal SOCLE – ACCESSIBILITÉ DU CENTRE DE SANTÉ

**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 dès lors que celui-ci 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) ;

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le respect de ces trois indicateurs et la transmission de la charte conditionnent le déclenchement de la rémunération.

Exemples :

Sous réserve de l'atteinte des critères 2 et 3

Centre médical et polyvalent N° 1 : **Ouverture de 8h à 20h en continu** en semaine et le samedi matin y compris pendant les congés scolaires

1200 points

Centre médical et polyvalent N° 2 : **Ouverture de 8h à 13h et de 14h à 19h** en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires (soit 10h d'amplitude horaire)

1200 - 60 = 1140 points

Centre médical et polyvalent N° 3 : **Ouverture de 8h à 20h en continu** en semaine et pendant les congés scolaires **et fermé** le samedi

1200 - 120 = 1080 points

Centre médical et polyvalent N° 4 : **Ouverture de 8h à 12h et de 14h à 18h** en semaine (soit 8h d'amplitude horaire) **et fermé** le samedi **et fermé** 2 semaines pendant les congés scolaires

1200 - 150 - 120 - (2*30) = 870 points

**Pièce justificative à transmettre**

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.

Travail en équipe

- Indicateur « Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière »

- Indicateur « Protocoles pluriprofessionnels »

CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE**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

Critères et modulations possibles**Concertation des centres de santé polyvalents**

Organiser régulièrement des réunions de concertation pluriprofessionnelles 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 pluriprofessionnelle 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 polymédiqués 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 polypathologiques, 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

Travail en équipe – Bloc commun principal SOCLE – CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE

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.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est fonction :

- de la réalisation d'une réunion/mois en moyenne entre les professionnels médicaux et paramédicaux du centre de santé ;
- **d'une concertation portant sur au moins 3% des dossiers de la patientèle de la structure ;**
- **de la 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, de l'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.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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 conclues 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.

Travail en équipe – Bloc commun principal SOCLE – CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE

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

En sus de la concertation pluriprofessionnelle 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 cas complexe de patient.

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.

**Pièce justificative à transmettre**

- 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.

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

Critères et modulations possibles

Elaboration par le centre de santé, en référence aux recommandations de la HAS, de protocoles pluriprofessionnels 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 pluriprofessionnelle 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 polymédiqués 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 polyopathologiques, 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.

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.

▶ Pièce justificative à transmettre

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

- tout document attestant de l'élaboration de protocoles pluriprofessionnels 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.

PARTAGE ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION**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 pluriprofessionnel labellisé par l'ASIP santé (niveau 1 ou 2).

À compter du 1^{er} janvier 2017

Pour remplir cet indicateur, le centre de santé doit :

- avoir mis en place dans la structure un système d'information pluriprofessionnel 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 1^{ère} 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.

Système d'information – Bloc commun principal SOCLE – PARTAGE ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION

Conditions de déclenchement et niveau de la rémunération

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

À noter : la rémunération correspondante est versée au 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.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

Bloc commun principal **OPTIONNEL**

▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Missions de santé publique »
- Indicateur « Diversification de l'offre de soins »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Formation des jeunes professionnels de santé »
- Indicateur « Coordination externe »

▶ **Système d'information**

- Indicateur « Système d'information pluriprofessionnel »

Accès aux soins

- Indicateur « Missions de santé publique »

- Indicateur « Diversification de l'offre de soins »

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*), 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

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.

Accès aux soins – Bloc commun principal OPTIONNEL – MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

La ou les missions choisie(s) 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 initiales (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 initiales 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.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du nombre de mission 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.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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 conclu(s) avec les établissements, structures ou associations...

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

Critères et modulations possibles**4 Niveaux :**

- **1^{er} niveau** : 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.

- **2^e niveau** : 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).

- **3^e niveau** : présence parmi les professionnels de la structure (autres que ceux pris en compte aux niveaux 1 et 2), **d'au moins 2 professions médicales différentes¹ en sus de la médecine générale OU d'au moins 3 professions paramédicales différentes²**.

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 1 et 2)

- **4^e niveau** : 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.

¹ Les professions médicales au sens du code de la santé publique comprennent la profession de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme (4^e partie, livre 1^{er}).

² Les professions paramédicales considérées sont les auxiliaires médicaux listés dans le code de santé publique (4^e partie, livre 3^e).

Accès aux soins – Bloc commun principal **OPTIONNEL** – DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS**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 :

Sous réserve de l'atteinte des critères 2 et 3

Centre de santé polyvalent N° 1 En plus de médecins généralistes, présence toutes les semaines : d'une infirmière à plein temps et d'un gynécologue les mardi après-midi et vendredi matin.

Centre de santé polyvalent N° 2 En plus de médecins généralistes, présence toutes les semaines : d'un cardiologue le mardi matin et le jeudi après-midi, d'un rhumatologue le lundi après-midi et d'un chirurgien-dentiste le samedi matin.

Centre de santé polyvalent N° 3 En plus de médecins généralistes, présence toutes les semaines : d'une infirmière tous les matins du lundi au vendredi, de chirurgiens-dentistes les lundis, mardis et vendredis toute la journée, d'un médecin ORL le mardi après-midi et d'une sage-femme le vendredi matin.

Centre de santé polyvalent N° 4 En plus de médecins généralistes, présence toutes les semaines : d'un dermatologue le mercredi matin et après-midi, d'une infirmière tous les matins du lundi au vendredi, d'un masseur-kinésithérapeute les lundi et jeudi après-midi et d'un orthophoniste les mardi et jeudi matin.

Centre de santé polyvalent N° 5 En plus de médecins généralistes, présence toutes les semaines : d'un gériatre toutes les après-midi du lundi au vendredi, d'un ophtalmologue le vendredi matin, d'un chirurgien-dentiste les lundi et mercredi matin, d'un cardiologue le mardi matin, d'un gastro-entérologue le vendredi après-midi, d'une infirmière tous les matins du lundi au vendredi, d'un masseur-kinésithérapeute les mardi et jeudi après-midi et d'un orthoptiste les mardi et jeudi matin.

▶ Pièce justificative à transmettre

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.

Niveau 1 atteint = 250 points

Niveaux 1 et 3 atteints = 475 points

Niveaux 1, 2 et 3 atteints = 675 points

Niveaux 1 et 3 atteints = 475 points

Niveaux 1, 2, 3 et 4 atteints = 900 points

Travail en équipe

- Indicateur « Formation des jeunes professionnels de santé »

- Indicateur « Coordination externe »

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 900 points au total dont :
 - 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

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.

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.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

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

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) **Élaboration 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.**

Travail en équipe – Bloc commun principal **OPTIONNEL** – COORDINATION EXTERNE**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.

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.

▶ Pièces justificatives à transmettre**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 établi 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.

Rémunération

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

Critères 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.

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.

À noter : la rémunération correspondante est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

Bloc commun **COMPLÉMENTAIRE** (optionnel)**► Accès aux soins**

- Indicateur « Accompagnement des publics vulnérables »
- Indicateur « Information du public »

► Travail en équipe

- Indicateur « Démarche qualité »

► Système d'information

- Indicateur « Mise à disposition par le médecin traitant d'une synthèse annuelle pour ces patients »
- Indicateur « Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices »
- Indicateur « Télétransmission et téléservices »

Accès aux soins

- Indicateur « Accompagnement des publics vulnérables »

- Indicateur « Information du public »

ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES**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.

L'accompagnement 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.

Conditions 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-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux ;
- prise en compte des difficultés linguistiques.

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.

- 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 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). Cette synthèse comprend le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée.

Rémunération

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

Critères et modulations possibles

Informers 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.

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.

► Pièce justificative à transmettre

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.

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

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 :

- **1^{er} 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.

- **2^e 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).

- **3^e 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).

- **4^e 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 points sur cet indicateur.

Travail en équipe – Bloc commun COMPLÉMENTAIRE (optionnel) – DÉMARCHE QUALITÉ

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.

Pièces justificatives à transmettre

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.

Système d'information

- Indicateur « Mise à disposition par le médecin traitant d'une synthèse annuelle pour ces patients »
- Indicateur « Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices »
- Indicateur « Télétransmission et téléservices »

MISE À DISPOSITION PAR LE MÉDECIN TRAITANT D'UNE SYNTHÈSE ANNUELLE POUR CES PATIENTS

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

Élaboration 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

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.

Bloc commun COMPLÉMENTAIRE (optionnel)

Système d'information

MISE À DISPOSITION D'UN JUSTIFICATIF INFORMATIQUE ATTESTANT DE L'UTILISATION DES TÉLÉSERVICES

Rémunération

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

Critères et modulations possibles

Le centre de santé établit 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 permettre la vérification de ces critères, le centre de santé transmet à la caisse d'assurance maladie ce justificatif informatique. 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.

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 SCannérisation des ORdonnances (SCOR) pour les centres de santé ayant une activité paramédicale

Mise en place d'un dispositif de scannérisation et de télétransmission des pièces justificatives dématérialisées 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 remplacé 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.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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

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 %.



CENTRE DE SANTÉ DENTAIRE

Les fiches qui suivent 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.

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.



À 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.

Bloc commun principal **SOCLE**

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun principal **OPTIONNEL**

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe

Bloc commun **COMPLÉMENTAIRE** (optionnel)

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun principal **SOCLE**

▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Accessibilité du centre de santé »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Concertation professionnelle formalisée et régulière »

▶ **Système d'information**

- Indicateur « Système d'information »

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 600 points (critère 1 soumis à minoration)
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

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 permanence des soins (PDS) précisées dans le cahier des charges régional de la PDS.

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

2. 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.

3. 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 un agent 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 ;*

Accès aux soins – Bloc commun principal SOCLE – ACCESSIBILITÉ DU CENTRE DE SANTÉ

**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).

À 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 ;

Conditions de déclenchement de la rémunération

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

Exemples :

Sous réserve de l'atteinte des critères 2 et 3

Centre de santé dentaire N° 1 : **Ouverture de 8h à 20h en continu** en semaine et le samedi matin y compris pendant les congés scolaires

600 points

Centre de santé dentaire N° 2 : **Ouverture de 8h à 13h et de 14h à 19h** en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires (soit 10h d'amplitude horaire)

600 - 30 = 570 points

Centre de santé dentaire N° 3 : **Ouverture de 8h à 20h en continu** en semaine et pendant les congés scolaires et fermé le samedi

600 - 50 = 550 points

Centre de santé dentaire N° 4 : **Ouverture de 8h à 12h et de 14h à 18h** en semaine (soit 8h d'amplitude horaire) **et fermé** le samedi **et fermé** 2 semaines pendant les congés scolaires

600 - 70 - 50 - 20 = 460 points

**Pièce justificative à transmettre**

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*.

CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE**Rémunération**

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

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 cas complexe de patient.

Objectifs

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

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.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

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.

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.
- À noter : la rémunération correspondante est versée au *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition du système d'information

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

Bloc commun principal **OPTIONNEL**

▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Missions de santé publiques ou bilan bucco-dentaire auprès de la population ciblée »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Formation des jeunes professionnels de santé »
- Indicateur « Coordination externe »

ACCÈS AUX SOINSMissions de santé publiques ou bilan bucco-dentaire
auprès de la population ciblée 1/1Bloc commun principal **OPTIONNEL****Accès aux soins****MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE OU BILAN BUCCO-DENTAIRE AUPRÈS DE LA POPULATION CIBLÉE****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**), dans la limite d'une mission par contrat.
- **Valeur du point** : 7 euros

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).

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(s) de partenariat pour le bilan bucco-dentaire réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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 conclu(s) avec les établissements, structures ou associations...

* La patientèle des centres de santé dentaires est définie dans l'accord national à l'article 13.2

Travail en équipe

- Indicateur « Formation des jeunes professionnels de santé »

- Indicateur « Coordination externe »

FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 250 points pour 1 stage par an
- **Valeur du point** : 7 euros

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

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.

 **Pièces justificatives à transmettre**

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.

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points : 250 points par contrat passé** avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social dans la limite de deux contrats, soit 500 points au maximum.
- **Valeur du point : 7 euros**

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.

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.

**Pièces justificatives à transmettre**

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.

Bloc commun **COMPLÉMENTAIRE** (optionnel)▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Accompagnement des publics vulnérables »
- Indicateur « Information du public »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Démarche qualité »

▶ **Système d'information**

- Indicateur « Télétransmission et téléservices »

Accès aux soins

- Indicateur « Accompagnement des publics vulnérables »

- Indicateur « Information du public »

ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES**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.

L'accompagnement 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.

Conditions 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-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux ;
- prise en compte des difficultés linguistiques

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.

- 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 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). Cette synthèse comprend le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée.

Bloc commun COMPLÉMENTAIRE (optionnel)

Accès aux soins**INFORMATION DU PUBLIC****Rémunération**

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

Critères et modulations possibles

Informez 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.

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.

▶ Pièce justificative à transmettre

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.

À terme, ces informations seront saisies par la structure via un téléservice mis à disposition par l'Assurance Maladie.

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 :

- **1^{er} 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.

- **2^e 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).

- **3^e 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).

- **4^e 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 points sur cet indicateur.

Travail en équipe – Bloc commun COMPLÉMENTAIRE (optionnel) – DÉMARCHE QUALITÉ

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 lesquels la caisse d'assurance maladie procède à une vérification.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

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%.



CENTRE DE SANTÉ INFIRMIER

Les fiches qui suivent 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.

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.



À 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.

Bloc commun principal **SOCLE**

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun principal **OPTIONNEL**

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe

Bloc commun **COMPLÉMENTAIRE** (optionnel)

- ▶ Accès aux soins
- ▶ Travail en équipe
- ▶ Système d'information

Bloc commun principal **SOCLE**

▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Accessibilité du centre de santé »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Concertation professionnelle formalisée et régulière »
- Indicateur « Coordination externe »

▶ **Systeme d'information**

- Indicateur « Systeme d'information »

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 400 points
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

1. Amplitude des horaires d'ouverture et soins non programmés

Le centre de santé s'engage à garantir l'accès à des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365.

Le centre de santé **s'organise pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins prescrits non programmés** dans la limite des horaires de fonctionnement du centre de santé. **L'astreinte de nuit n'est pas prévue sauf pour les soins programmés déjà intégrés dans la prise en charge.**

2. 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 de la structure doit être occupée spécifiquement par un infirmier du centre de santé. 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 de santé exerçant au sein de la structure ou à l'extérieur ;*
- *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, et l'organisation des interventions.*

Accès aux soins – Bloc commun principal SOCLE – ACCESSIBILITÉ DU CENTRE DE SANTÉ



Charte d'engagement sur le service au patient

L'ensemble des deux 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 3 de l'accord national pour les centres de santé infirmiers. **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.

Conditions de déclenchement de la rémunération

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



Pièce justificative à transmettre

Une copie de la « charte d'engagement vis-à-vis des patients », conforme au modèle figurant en annexe 3 de l'accord national, doit être transmise à la caisse d'assurance maladie de rattachement du centre de santé.

Travail en équipe

- Indicateur « Concertation professionnelle formalisée et régulière »

- Indicateur « Coordination externe »

CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 400 points
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Organiser régulièrement des réunions de concertation entre infirmiers et en présence de l'infirmier en charge de la coordination. Ces réunions portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'élaboration et le suivi de protocoles de prise en charge.

Objectifs

La rémunération est de 400 points si le centre organise au moins six réunions par an.

Conditions de déclenchement de la rémunération

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

- réalisation d'au moins six réunions/an en moyenne.

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

▶ Pièces justificatives à transmettre

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.

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.

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 300 points (sur la base d'une patientèle de référence de 450 patients).
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Critère 1

Établir une procédure, conforme à la réglementation en vigueur, pour définir les modalités de transmission des données de santé vers le professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge ainsi qu'aux services et établissements sanitaires ou établissements et services médico-sociaux.

Critère 2

Améliorer la prise en charge du patient et notamment les sorties d'hospitalisations par le partage d'information et de coordination entre le centre de santé et un établissement sanitaire ou établissement et services médico-sociaux. Cela se caractérise par la signature de conventions avec au moins 2 établissements sanitaires ou établissements et services médico sociaux.

Critère 3

Établir un répertoire de l'offre sanitaire et sociale de proximité. Le centre de santé devra actualiser ce répertoire régulièrement.

Critère 4

Informé le médecin traitant du patient lorsque l'infirmière du centre de santé réalise elle-même l'injection du vaccin antigrippal dans les conditions de l'article R.4311-5-1 du code de la santé publique.



L'atteinte de ces 4 critères permet au centre de santé infirmier de bénéficier de 300 points en variable.

Travail en équipe – Bloc commun principal SOCLE – COORDINATION EXTERNE

Conditions de déclenchement de la rémunération

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 et du nombre de contrats signés.

▶ Pièces justificatives à transmettre

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet 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,
- copie des conventions signées avec les établissements sanitaires ou établissements et services médico-sociaux,
- copie de la version actualisée du répertoire réalisé par le centre de santé de l'offre sanitaire et sociale de proximité, document indiquant le nombre de patients ayant bénéficié d'une vaccination antigrippale par recours direct à l'infirmière avec information du médecin traitant.

Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points :**
 - 400 points (part fixe)
 - 600 points (part variable sur la base de 6 ETP en moyenne)
(Critère soumis à minoration)
- **Valeur du point :** 7 euros

Critères et modulations possibles

Pour remplir cet indicateur, la structure doit disposer d'un système d'information permettant :

- la tenue d'un **dossier infirmier informatisé, structuré et partagé** entre les professionnels de santé du centre,
- l'utilisation de **solutions mobiles** d'accès au dossier depuis le domicile du patient,
- **l'évolutivité et l'interopérabilité** du système d'information qui est, à terme, « DMP compatible » et permet l'usage de messageries sécurisées.

Minoration

Jusqu'au 1^{er} juillet 2017, le centre peut bénéficier de la rémunération de ce critère, avec une minoration de 200 points appliquée en part fixe et 300 points en part variable (**part variable sur la base de 6 ETP en moyenne**), s'il dispose seulement d'un système d'information :

- permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé avec standardisation du contenu, qui comprend un volet de synthèse, les prescriptions, les informations administratives du patient, et le cas échéant la démarche de soins infirmiers.

Ce dossier comprend les données administratives et cliniques recueillies par un infirmier du centre et permettant de communiquer à l'ensemble des infirmiers du centre tous les éléments utiles à la continuité des soins,

Dans le cas où le centre de santé infirmier ne peut atteindre ce premier niveau de dossier infirmier informatisé, l'indicateur est neutralisé.

Système d'information – Bloc commun principal SOCLE – SYSTÈME D'INFORMATION

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.
- à noter : la rémunération correspondante est versée au *pro rata temporis* à compter de la date d'acquisition du système d'information.

▶ Pièces justificatives à transmettre

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

- une copie des factures du logiciel compatible, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location ;
- le niveau de partage et de structuration de l'information et la compatibilité avec le DMP et l'usage de messagerie sécurisée, les solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile du patient, ainsi que la date d'acquisition de l'équipement doivent être précisés sur la facture ou sur un document joint.

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

Bloc commun principal **OPTIONNEL**

▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Missions de santé publiques »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Formation des jeunes professionnels de santé »

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 200 points par mission, dans la limite de deux missions différentes, soit 400 points au maximum (*pour une patientèle de référence de 450 patients**).
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Les missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre de campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé 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 ; les centres de santé infirmiers qui ne sont pas intégrés aux expérimentations PAERPA peuvent mettre en œuvre une action de prévention sur ce thème, y compris dans les régions où des expérimentations PAERPA existent.
- prévention périnatale ;
- éducation thérapeutique et éducation à la santé.

La ou les missions choisies (dans la limite de 2) doivent répondre à des **spécificités territoriales** et aux **objectifs du projet régional de santé**.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du nombre de mission(s) de santé publique réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération.

▶ Pièces justificatives à transmettre

Documents déclaratifs indiquant :

- le nombre de missions de santé publique
- les thèmes de ces missions.

* La patientèle du centre de santé infirmiers est définie dans l'accord national à l'article 13.3

FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**Rémunération**

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 250 points pour 1 stage par an
- **Valeur du point** : 7 euros

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.

Objectifs

Pour que la structure bénéficie de 250 points, elle doit accueillir au moins un stagiaire infirmier par an.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction de la réalisation d'un stage. La caisse d'assurance maladie de rattachement du centre de santé procède à la vérification des engagements.

 **Pièces justificatives à transmettre**

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.

Bloc commun **COMPLÉMENTAIRE** (optionnel)▶ **Accès aux soins**

- Indicateur « Accompagnement des publics vulnérables »
- Indicateur « Information du public »

▶ **Travail en équipe**

- Indicateur « Démarche qualité »

▶ **Système d'information**

- Indicateur « Télétransmission et téléservices »

Accès aux soins

- Indicateur « Accompagnement des publics vulnérables »

- Indicateur « Information du public »

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.

L'accompagnement 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.

Conditions 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

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.

- 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 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). Cette synthèse comprend le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée.

Bloc commun COMPLÉMENTAIRE (optionnel)

Accès aux soins**INFORMATION DU PUBLIC****Rémunération**

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

Critères et modulations possibles

Informers 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 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.

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.

► Pièce justificative à transmettre

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.

À terme, ces informations seront saisies par la structure via un téléservice mis à disposition par l'Assurance Maladie.

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 :

- **1^{er} 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.

- **2^e 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).

- **3^e 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).

- **4^e 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 points sur cet indicateur.

Travail en équipe – Bloc commun COMPLÉMENTAIRE (optionnel) – DÉMARCHE QUALITÉ

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 lesquels la caisse d'assurance maladie procède à une vérification.

► Pièces justificatives à transmettre

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.

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 323 points décomposés comme suit :
 - 240 pour la télétransmission (sur la base de 6 ETP paramédicaux en moyenne)
 - 83 pour SCOR (sur la base de 6 ETP paramédicaux en moyenne)
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Critère 1 : dispositif de SCannérisation des ORdonnances (SCOR)

Mise en place d'un dispositif de scannérisation et de télétransmission des pièces justificatives dématérialisées 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 remplacé 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 %.

▶ Pièce justificative à transmettre

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