

Annexe 1

Centres de santé médicaux ou polyvalents : fiches par indicateur

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 (modifié par l'avenant 1, 2, 3 et 4¹), 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 impérativement que les indicateurs « socles » définis comme des prérequis soient remplis.

Fin de dérogation : Jusqu'au 31 décembre 2022, l'atteinte de l'indicateur socle et prérequis « Réponse aux crises sanitaires graves » de l'Axe accès aux soins était optionnelle. Cette dérogation n'étant plus effective, son atteinte est indispensable pour déclencher la rémunération de l'exercice 2023.

Précisions à noter : À compter de 2023, pour répondre à l'indicateur Système d'information - socle et prérequis, les centres de santé doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) certifié HAS. Compte tenu notamment des délais de déploiement et de l'usage des logiciels Ségur, des ajustements sont exceptionnellement réalisés, aussi le centre de santé dispose jusqu'au **31/01/2024** pour s'équiper d'un logiciel référencé Ségur.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2023, les nouveaux indicateurs optionnels du bloc complémentaire de l'Axe Échange/Système d'information « E-prescription » et « Application Carte Vitale » sont entrés en vigueur. Compte tenu de la signature de l'avenant 5 le 30 novembre dernier, il a été décidé d'appliquer pour l'exercice 2023 les taux de cet avenant, soit :

- Indicateur d'usage de la « **E-prescription** » : l'atteinte d'un taux de 30 % des prescriptions de produits de santé des médecins du centre de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.
- Indicateur d'usage de l'application « **E-carte Vitale** » : l'envoi d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale permet de valider l'indicateur.

D'autre part, il a été accordé à titre exceptionnel pour l'exercice 2023 la dérogation suivante :

- l'objectif pour bénéficier de la rémunération de l'indicateur « **Usage et remplissage du DMP** » est réajusté à 10% (au lieu de 20%).

Une plateforme (ATIH) est mise à disposition des centres de santé afin de faciliter le recueil des indicateurs déclaratifs liés à cette rémunération. Les centres de santé ont jusqu'au 28 février de chaque année pour procéder au remplissage de cette plateforme².

¹ Les modifications liées à la publication de l'avenant 4 sont distinguées par la couleur de police rouge dans la suite du guide.

² Par exception les 7 indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) médecin traitant de l'adulte et des enfants doivent être saisis dans la plateforme le 26 janvier de chaque année au plus tard. En effet, le calcul de la rémunération due au titre de ces deux ROSP est intégré au processus de calcul et de paiement de la ROSP des médecins libéraux.

SOMMAIRE

Accès aux soins	4
Bloc commun principal – SOCLE	4
ACCESSIBILITE DU CENTRE DE SANTE	4
REPONSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES	7
SOINS NON PROGRAMMES EN LIEN AVEC LE DISPOSITIF DE SERVICE D’ACCES AUX SOINS (SAS)	Erreur ! Signet non défini.
Bloc commun principal – OPTIONNEL	10
MISSION DE SANTE PUBLIQUE	10
DIVERSIFICATION DE L’OFFRE DE SOINS	12
ACCUEIL D’UN CENTRE DE SANTE ADHERANT A UN CONTRAT DE SOLIDARITE TERRITORIALE...	15
Travail en équipe/Coordination	17
Bloc commun principal – SOCLE	17
FONCTION DE COORDINATION	17
CONCERTATION PLURI PROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE	18
PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS	22
Travail en équipe/Coordination.....	24
Bloc commun principal – OPTIONNEL	24
FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE	24
COORDINATION EXTERNE	26
VALORISER LA PARTICIPATION A UNE ORGANISATION PROPOSANT LA PRISE EN CHARGE DE SOINS NON PROGRAMMES DANS LE CADRE DU SERVICE D’ACCES AUX SOINS (SAS)	28
VALORISER L’EFFECTIION DES SOINS NON PROGRAMMES REGULES PAR LE SERVICE D’ACCES AUX SOINS (SAS)	29
PROTOCOLES DE COOPERATION DE SOINS NON PROGRAMMES	30
PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE	32
PARCOURS VISANT À ACCOMPAGNER LES ENFANTS EN SITUATION DE SURPOIDS OU D’OBÉSITÉ COMMUNE NON COMPLIQUÉE OU PRÉSENTANT DES FACTEURS DE RISQUE D’OBÉSITÉ	34
Echange/système d’information.....	36
Bloc commun principal – SOCLE	36
SYSTÈME D’INFORMATION	36
Echange/Système d’information	38

Bloc commun principal – OPTIONNEL	38
SYSTEME D'INFORMATION PLURIPROFESSIONNEL.....	38
Travail en équipe/Organisation	39
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL	39
DEMARCHE QUALITE	39
Accès aux soins	41
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL	41
ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES.....	41
IMPLICATION DES PATIENTS (USAGERS)	45
Échange/Système d'information	46
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL	46
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES	46
MISE A DISPOSITION D'UN JUSTIFICATIF INFORMATIQUE ATTESTANT DE L'UTILISATION DES TELESERVICES	47
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT POUR VIDEOTRANSMISSION SECURISEE	48
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT EN EQUIPEMENTS MEDICAUX CONNECTES	49
CAPACITE A CODER LES DONNEES	50
REPLISSAGE DU DMP	51
USAGE DE LA MESSAGERIE SÉCURISÉ DE SANTE.....	52
E-PRESCRIPTION	53
APPLICATION CARTE VITALE.....	54

Accès aux soins
Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS
ACCESSIBILITE DU CENTRE DE SANTE

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 800 points (critère 1 soumis le cas échéant à minoration et/ou dérogation de l'ARS)
- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

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, le centre de santé **s'engage à être ouvert de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires.**

Sur cette amplitude horaire, le centre de santé est ouvert mais sans nécessité que l'ensemble des professionnels de santé soient présents durant cette amplitude horaire. Il n'est pas nécessaire non plus qu'un médecin soit présent sur toute l'amplitude horaire notamment sur la pause méridienne.

Toutefois, une modulation de ces horaires peut être accordée par l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA.

En dehors de 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 :

- Disponibilité des différents professionnels de santé du centre pour une régulation des demandes (physique ou téléphonique),
- Possibilité de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées ou plages horaires assurées à tour de rôle par chacun des médecins du centre.

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 2 de l'accord national pour les centres de santé médicaux ou polyvalents. **Cette charte est affichée dans le centre de santé** (dans les différents sites en cas de structures ayant plusieurs sites géographiques) et est disponible sur le site ameli.fr dès lors que le service d'information sur les centres de santé est opérationnel.

Minoration du nombre de points

Ces minoration 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

Ces indicateurs sont déclaratifs. Le respect de ces deux indicateurs et la transmission de la charte conditionne le déclenchement de la rémunération.

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 et mise à disposition sur la plateforme ATIH.*

Exemples

Sous réserve de l'atteinte du critère 2

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

• 800 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)

• $800 - 60 = 740$ 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

• $800 - 120 = 680$ 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

• $800 - 150 - 120 - (2 \times 30) = 470$ points

Accès aux soins
Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS
REPONSE AUX CRISES SANITAIRES GRAVES

Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points :**
 - Rédaction d'un plan de préparation : 100 points fixes
 - Mise en œuvre d'actions : 350 points variables réalisée par le centre de santé (*pour une patientèle de référence de 4 000 patients*¹)
- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

Apporter une réponse aux crises sanitaires graves et organiser les modalités de mise en œuvre en cas de crise sanitaire avérée.

Rédaction d'un plan de préparation : Le centre de santé élabore un plan de préparation à la réponse en cas de crise sanitaire qui doit s'articuler avec le plan de gestion de crise sanitaire mis en place par la CPTS du territoire (si une CPTS est présente sur le territoire. Il est rappelé que le plan d'action du centre de santé est destiné à organiser la gestion de la crise sanitaire au niveau de la structure et pour sa patientèle.

Il est demandé **a minima au centre de santé de constituer une cellule de crise et d'en tenir à jour la liste de contacts**, et dans le cadre de cette cellule, d'avoir abordé en équipe les quatre thématiques fondamentales dans la gestion d'une crise : **l'anticipation, l'adaptation à la crise, le pilotage de la crise et enfin l'évaluation de la réponse proposée.**

Des lignes directrices nationales sont en ligne sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr) pour aider les centres de santé à rédiger le plan de gestion de crise sanitaire.

Mise en œuvre d'actions : Le centre de santé met en œuvre toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients. Il s'agit pour le centre de santé de prendre en charge les patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et d'adapter l'organisation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Ces indicateurs sont déclaratifs.

¹ La patientèle des centres de santé médicaux/polyvalents est définie dans l'accord national à l'article 13.1

Rédaction d'un plan de préparation : Le respect de cet indicateur et la transmission du plan de préparation conditionne le déclenchement de la rémunération.

Mise en œuvre d'actions : La rédaction d'un plan de préparation conditionne la valorisation de la mise en œuvre des actions en cas de survenue d'une crise sanitaire grave caractérisée par l'ARS.

La rémunération est conditionnée au déclenchement de la crise sanitaire grave par les autorités sanitaires.

Précisions relative à l'exercice 2023

Pour l'exercice 2022, à titre dérogatoire, cet indicateur n'était pas considéré comme socle et prérequis mais comme optionnel.

À compter de l'exercice 2023, cette disposition n'étant plus effective, l'indicateur « Réponses aux crises sanitaires » reprend son caractère d'indicateur « Socle et prérequis ».

Par ailleurs, compte tenu l'absence de déclenchement d'une crise sanitaire exceptionnelle par les autorités sanitaires au cours de l'exercice 2023, le volet variable correspondant à la mise en œuvre d'actions en cas de survenue d'une crise sanitaire ne pourra pas être versé au titre de cet exercice.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Rédaction d'un plan de préparation : Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH la copie du plan de préparation.

Mise en œuvre d'actions : Pour permettre la vérification de ce critère (en cas de déclenchement d'une crise sanitaire grave par les autorités sanitaires), le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH tout document attestant de la mise en place des actions répondant aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation.

Accès aux soins
Bloc commun principal – OPTIONNEL
MISSION DE SANTE PUBLIQUE

Rémunération

- **Fixe et 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 patients¹*), **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 fixes supplémentaires si le centre de santé intègre un IPA parmi ses professionnels de santé et remplit au moins 1 mission de santé publique (quel que soit le nombre de missions) ;**
 - 200 points par mission de santé publique « infirmière » supplémentaire dans la limite d'une mission (pour une *patientèle de référence de 450 patients*) pour les centres ayant une forte activité infirmière ;
 - 200 points par mission de santé publique « dentaire » supplémentaire dans la limite d'une mission (pour une *patientèle de référence de 2600 patients*) pour les centres ayant une forte activité dentaire.
- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

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

- actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale ;
- lutte contre la tuberculose ;
- surpoids et obésité chez l'enfant ;
- souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans ;
- prévention du suicide ;
- prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie) pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA ;
- prévention périnatale et suivi des femmes en situation de précarité ;
- éducation thérapeutique et éducation à la santé.

Elles peuvent également s'inscrire en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS- donc thèmes possibles au-delà de la liste définie à l'annexe 5 de l'accord).

¹ La patientèle des centres de santé médicaux/polyvalents est définie dans l'accord national à l'article 13.1

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

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

Si l'indicateur est atteint la structure pourra bénéficier de 200 points supplémentaires liés à la présence d'un IPA parmi les professionnels salariés.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif. La rémunération est fonction du nombre de mission(s) de santé publique ou de mission de santé publique dentaire (ou contrat de partenariat pour bilan bucco-dentaire) réalisée(s) par le centre de santé et conditionne le déclenchement de la rémunération (dans la limite de 2 missions rémunérées).

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Documents déclaratifs indiquant :

- pour les fortes activités dentaires : le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco-dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé conclus avec les établissements, structures ou associations ...

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

Rémunération

- **Fixe**

- **Nombre de points : 1 200 points au total dont :**
 - 300 points pour le niveau 1,
 - 300 points pour le niveau 2,
 - 300 points pour le niveau 3,
 - 300 points pour le niveau 4.

- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

4 Niveaux :

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

L'atteinte de ce critère permet à la structure de disposer de 300 points.

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

Si le niveau 2 est atteint, la structure pourra bénéficier de 300 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 2 (points qui peuvent s'ajouter aux points du niveau 1).

- **Niveau 3** – Présence parmi les professionnels de la structure (autres que ceux pris en compte aux niveaux 1 et 2), d'au moins 2 professions médicales 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 300 points supplémentaires liés à l'atteinte du niveau 3 (points qui peuvent s'ajouter aux points du niveau 1 et 2).

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^{ème} partie, livre 1^{er}).

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

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

Si le niveau 4 est atteint, la structure pourra bénéficier de 300 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 1 200 points sur cet indicateur.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est fonction de la réalisation des différents niveaux.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure transmet sur la plateforme ATIH :

- la liste des professionnels de santé exerçant au sein de la structure précisant, pour chaque professionnel salarié de la structure :
 - o la profession,
 - o la spécialité médicale pour les médecins.

Exemples

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.

• Niveau 1 atteint = 300 points

Centre de santé polyvalent N° 2 : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'un cardiologue le mardi matin, d'un rhumatologue le lundi après-midi et d'un chirurgien-dentiste le samedi matin.

• Niveau 1 et 3 atteints = 600 points

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.

• Niveaux 1, 2 et 3 atteints = 900 points

Centre de santé polyvalent N° 4 : En plus de médecins généralistes , présence toutes les semaines :

d'un dermatologue le mercredi matin, 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.

• Niveaux 1 et 3 atteints = 600 points

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 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'une orthoptiste les mardi et jeudi matin.

• Niveaux 1, 2, 3 et 4 atteints = 1200 points

Accès aux soins
Bloc commun principal – OPTIONNEL

**ACCUEIL D'UN CENTRE DE SANTE ADHERANT A UN CONTRAT DE SOLIDARITE
TERRITORIALE**

Rémunération

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

Détail des critères et modulations possibles

Cet indicateur a vocation à valoriser l'intervention au sein d'un centre de santé un médecin salarié d'un autre centre de santé signataire d'un contrat de solidarité territoriale.

Est concerné par cette valorisation, le centre de santé situé en zone « sous-dense » qui accueille au moins un médecin salarié d'un centre de santé signataire du contrat de solidarité territoriale.

Ce contrat est défini à l'article 19.3 de l'accord national des centres de santé.

Particularité : le centre de santé infirmier ou dentaire qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent, au sens FINESS, du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP médecin généraliste salarié peut bénéficier de cet indicateur.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de cet indicateur, la structure met à disposition de la caisse :

- la copie du contrat de solidarité territoriale

Accès aux soins
Bloc commun principal – OPTIONNEL
SOINS NON PROGRAMMES EN LIEN AVEC LE DISPOSITIF DE SERVICE D'ACCES
AUX SOINS (SAS)

Rémunération

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

Détail des critères et modulations possibles

Dès lors que le centre de santé s'organise pour participer au Service d'Accès aux Soins et répond aux indicateurs tels que définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6, il bénéficie d'une valorisation supplémentaire de 200 points.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le centre de santé doit remplir l'atteinte des 2 indicateurs suivants définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6 de l'accord national :

- « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS) » (Optionnel – Axe Travail en équipe et coordination),
- « Valoriser l'effection des soins non programmes régulés par le Service d'Accès aux Soins (SAS) (Optionnel – Axe Travail en équipe et coordination) ».

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Aucune pièce justificative n'est nécessaire. Cet indicateur est vérifié par la Caisse nationale d'assurance maladie, il est conditionné à l'atteinte des engagements optionnels de l'Axe travail en équipe et collaboration :

- « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS) »,
- « Valoriser l'effection des soins non programmes régulés par le Service d'Accès aux Soins (SAS) ».

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS
FONCTION DE COORDINATION

Rémunération

- **Fixe et variable**

- **Nombre de points :**
 - **1 000 points** (part fixe)
 - **1 700 points variables** (pour une patientèle de référence de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients, puis **1 100 points variables** (pour une patientèle de référence de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.

- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

Identification d'un responsable de la coordination exerçant au sein du centre de santé (y compris professionnels de santé) sur un temps identifié et dédié à cette fonction. Du personnel recruté spécifiquement peut également assurer cette fonction.

La fonction de coordination regroupe notamment les missions suivantes :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Tout document attestant de la mise en place de la fonction de coordination au sein du centre de santé : copie d'un contrat de travail, fiche de poste, etc ...

CONCERTATION PLURI PROFESSIONNELLE FORMALISÉE ET RÉGULIÈRE

Rémunération

- **Variable et fixe**
- **Nombre de points : 1 200 points dont**
 - 1 000 points (pour une patientèle de référence de 4 000 patients) en variable pour 6 réunions au moins par an ET 5% des patients médecins traitants de la structure présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.
 - 200 points 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,
 - **+ 200 points variables supplémentaires si le centre de santé intègre un IPA parmi ses professionnels de santé (sous réserve d'atteinte de l'indicateur).**
- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

Concertation des centres polyvalents ou médicaux (critère socle)

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

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves... ;
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;

- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...);
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

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'au moins 6 réunions /an,
 - le nombre de dossiers étudiés doit correspondre à 5% de la patientèle médecins traitant du centre de santé (au sens de la patientèle définie à l'article 13.1 du présent accord) présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans, sous réserve de leur consentement au partage d'information. Les dossiers examinés lors des réunions peuvent concerner également des patients ne remplissant pas ces conditions d'âge ou d'ALD.
- Le centre de santé ayant une forte activité dentaire bénéficiera de 200 points supplémentaires pour l'organisation de 3 réunions par an entre chirurgiens-dentistes

Modalités de vérification du respect de l'indicateur

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

Minorations

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

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

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le déclenchement de la rémunération est fonction :

- réalisation d'au moins 6 réunions/ an entre les professionnels médicaux et paramédicaux du centre de santé ;
- concertation portant sur au moins 5% des dossiers de la patientèle de la structure ;
- présence de professionnels paramédicaux dans la liste des salariés du centre de santé (pour rémunération sans minoration) ;
- si pas de paramédicaux dans le centre de santé, existence de convention entre les médecins du centre et les auxiliaires médicaux extérieurs au centre qui participent aux réunions de concertation.

Exemple : calcul du taux de nombre de dossiers étudiés

Nombre de dossiers étudiés par les professionnels du centre lors des réunions de concertation: 25

Patientèle ALD (quel que soit l'âge) : 200

+

Patientèle de plus de 75 ans (hors ALD) : 100 ;

soit 300 patients.

Calcul de l'indicateur : $25/300 = 8\%$ de dossiers étudiés

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- 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 cas échéant, le centre de santé transmet les conventions conclus entre les médecins du centre et les auxiliaires médicaux extérieurs au centre prévoyant le principe et les conditions de la concertation.

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

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

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

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.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

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

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

Concertation des centres polyvalents qui intègre un IPA parmi ses professionnels de santé (critère optionnel) :

En sus des conditions de déclenchement de la rémunération citées supra, le centre de santé qui intègre parmi ses membres un IPA, bénéficie d'une rémunération de 200 points variables supplémentaires.

Rémunération

- **Fixe**

- **Nombre de points :**
 - 800 points (pour au moins 8 protocoles élaborés), rémunération progressive (100 points par protocole élaboré),

 - 320 points fixes supplémentaires (pour au moins 8 protocoles élaborés) rémunération progressive (40 points supplémentaires par protocole élaboré) **si le centre de santé intègre un IPA parmi ses professionnels de santé.**

- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

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

- affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable ; troubles psychiques graves... ;
- pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;
- patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien ; biologiste ; infirmier ; médecin généraliste ou autre spécialiste...) : AVK ; insulinothérapie...
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement ; dénutrition...) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC...
- patients obèses ;
- grossesses à risque (pathologie sous-jacente ; antécédents ; grossesses multiples...) et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addictions...) ;
- pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales ; maltraitance intra familiale.

Les protocoles hors thèmes feront l'objet d'un examen au cas par cas par l'Assurance Maladie en vue d'une éventuelle valorisation : les protocoles doivent répondre à une amélioration de la prise en charge pluri-professionnelle de certains patients complexes.

Ces protocoles doivent :

- s'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,
- être conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (Haute Autorité de santé – HAS - ; ANSM ; Santé Publique France...),
- être adaptés à chaque équipe,
- répondre à un vrai besoin,
- formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
- être simples, aisément consultables lors des soins,
- préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge que ces derniers exercent dans le centre de santé ou dans le cadre d'une convention partenariale avec celui-ci et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »),
- être réactualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience.

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

Les protocoles n'ont pas à être transmis à la HAS pour validation.

Les protocoles ne doivent pas se limiter à formaliser :

- une simple dérogation de tâches entre professionnels impliqués dans la prise en charge du patient,
- un rappel sur les conduites à tenir dans certaines situations (fièvre, vomissements, etc),
- un adressage vers un médecin correspondant.

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.

Si l'indicateur est atteint, la structure pourra bénéficier de 40 points supplémentaires par protocole liés à la présence d'un IPA parmi les professionnels de santé 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 met à disposition sur la plateforme :

- tout document attestant de l'élaboration de protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge des 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.

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – OPTIONNEL
FORMATION DES JEUNES PROFESSIONNELS DE SANTE

Rémunération

- **Fixe**

- **Nombre de points :**
 - 450 points pour 2 stages par an de professionnels de santé ;
 - 225 points supplémentaires pour le 3^{ème} stage par an de professionnels de santé ;
 - 225 points supplémentaires pour le 4^{ème} stage par an de professionnels de santé ;
 - 50 points supplémentaires pour 1 stage par an de médecin, dans la limite de 2 stages médecin, soit 100 points maximum,

 - 225 points pour un stage infirmier supplémentaire (uniquement pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière) ;
 - 225 points pour un stage dentaire supplémentaire (uniquement pour les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire)

- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

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

Précisions

► Stages tous types de professions de santé

La structure réalise au moins :

- 2 stages par an : **450 points**

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

- 3 stages par an : 450 points + 225 points supplémentaires soit au total : **675 points**

***Par exemple**, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli un stagiaire orthophoniste, un stagiaire infirmier et un stagiaire masseur-kinésithérapeute.*

- 4 stages par an : 450 points (2 premiers stages)
+ 225 points supplémentaires (3ème stage)
+ 225 points supplémentaires (4ème stage) soit au total: **900 points**

***Par exemple**, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli un stagiaire orthophoniste, un stagiaire infirmier, un stagiaire masseur-kinésithérapeute et un stagiaire chirurgien-dentiste.*

► Stages « Médecins¹ »

- ↳ La structure réalise au moins 1 stage de médecin parmi les 2 stages par an :
 - elle bénéficie de 450 points + 50 points supplémentaires soit **500 points**

Par exemple, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli 1 stagiaire médecin généraliste et un stagiaire infirmier.

- ↳ La structure réalise au moins 2 stages de médecin parmi les 2 stages par an :
 - elle bénéficie de 450 points + 100 points supplémentaires (50 points par stage) soit **550 points**

Par exemple, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli 2 stagiaires médecins.

- ↳ La structure réalise au moins 2 stages de médecin parmi les 4 stages par an :
 - elle bénéficie de 450 points + 225 points + 225 points + 100 points supplémentaires (50 points par stage) soit **1 000 points**

Par exemple, le critère est réputé rempli si la structure a accueilli 2 stagiaires médecins, un stagiaire orthophoniste, un stagiaire infirmier.

► Centres de santé polyvalents à forte activité infirmier ou dentaire :

Pour que la structure bénéficie de 225 points supplémentaires :

En supplément de 2 stages par an de professions de santé, la structure réalise au moins 1 stage infirmier ou dentaire supplémentaire :

- elle bénéficie de 450 points + 225 points supplémentaires soit **675 points**

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est déclaratif, la rémunération est fonction du nombre de stages réalisés.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères, la structure met à disposition sur la plateforme ATIH les copies des attestations de stages réalisés au sein du centre de santé dans l'année.

¹ Professions médicales au sens du code de la santé publique

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – OPTIONNEL
COORDINATION EXTERNE

Rémunération

- **Fixe et variable**

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

- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles

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

Informations médicales visées :

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

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.

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.

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 la vérification de l'indicateur

Pour le critère 1 :

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH 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,

Pour le critère 2 :

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH:

- une copie du contrat établie entre le centre de santé et l'EHPAD ou l'établissement médico-social précisant les engagements ci-dessus.

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – OPTIONNEL

**VALORISER LA PARTICIPATION A UNE ORGANISATION PROPOSANT LA PRISE
EN CHARGE DE SOINS NON PROGRAMMES DANS LE CADRE DU SERVICE
D'ACCES AUX SOINS (SAS)**

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 200 points (*par ETP de médecins généralistes*)
- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

Cet indicateur vise à valoriser la participation des centres de santé polyvalents et médicaux et la prise en charge de nouveaux patients orientés par le Service d'accès aux soins (SAS), le cas échéant, via la régulation du SAS mis en place au niveau territorial par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le centre de santé doit, soit :

- avoir un agenda ouvert au public permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le centre de santé,
- partager avec la structure de régulation du SAS, un minimum de 2 heures ouvertes par ETP de médecin généraliste salarié du centre de santé par semaine,

et

- être inscrit auprès de la structure de régulation du SAS soit directement soit en faisant partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Cet indicateur est déclaratif. Aucune pièce justificative n'est nécessaire.

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – OPTIONNEL
VALORISER L'EFFECTION DES SOINS NON PROGRAMMES REGULES PAR LE
SERVICE D'ACCES AUX SOINS (SAS)

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 160 points pour 100 soins non programmés réalisés sur le trimestre (détail ci-dessous)
- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

L'effection des soins non programmés (SNP) par les centres de santé médicaux et polyvalents est valorisée pour la prise en charge par les médecins généralistes salariés de ces centres des patients supplémentaires, hors de la patientèle médecin traitant du centre, pour des soins non programmés dans les 48h sur adressage par la régulation libérale après échec d'une prise de rendez-vous via les outils de prise de rendez-vous en ligne.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Cet indicateur est conditionné à l'atteinte de l'engagement optionnel de l'Axe travail en équipe et collaboration :

- Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS).

La rémunération est réalisée en fonction du nombre de soins pris en charge par le centre de santé sur le trimestre :

- 10 points de 5 à 15 SNP réalisées sur le trimestre
- 30 points de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre
- 50 points de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre
- 70 points de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre
- 90 points de 46 à 75 SNP réalisés sur le trimestre
- 120 points de 76 à 100 SNP réalisés sur le trimestre
- 160 points au-delà de 100 SNP réalisés sur le trimestre

- *Dans le cadre des mesures Braun, cet indicateur est neutralisé pour les mois de Juillet, Août et Septembre 2022.*

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Aucune pièce justificative n'est nécessaire, le décompte des soins non programmés sur adressage par la régulation libérale est réalisé par l'Assurance maladie.

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – OPTIONNEL
PROTOCOLES DE COOPERATION DE SOINS NON PROGRAMMES

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points** : 600 points maximum pour 6 protocoles (100 points par protocole)
- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

Mettre en œuvre des protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020).

Cette action vise à :

- Faciliter l'accès aux soins pour des demandes de soins non programmés de façon qualitative et sécurisée ;
- Favoriser la coopération entre professionnels de santé.

Six protocoles nationaux dans le cadre des centres de santé ont fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé. Sous réserve de leur déclaration auprès de leur ARS, les structures peuvent mettre en œuvre les protocoles suivants :

- Prise en charge du traumatisme en torsion de la cheville par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge de la douleur lombaire aiguë inférieure à 4 semaines par le masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ;
- Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'État de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans ;
- Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) ;

- Renouvellement du traitement de la rhino-conjonctivite allergique saisonnière pour les patients de 15 à 50 ans par l’infirmier diplômé d’État et le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluri- professionnelle ;
- Prise en charge de l’enfant de 12 mois à 12 ans de l’éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l’infirmier diplômé d’État ou le pharmacien d’officine dans le cadre d’une structure pluri-professionnelle.

Dans le cadre de ces protocoles, le médecin généraliste « déléguant » délègue à des professionnels de santé non médecins « délégués » la démarche clinique et la prise en charge thérapeutique prévue par chaque protocole.

Le professionnel de santé « délégué » applique strictement les termes prévus par les différents protocoles. La mise en œuvre des PNC nécessite le consentement des patients.

La prise en charge de ces soins non programmés se fait par des professionnels non médecins en coopération formalisée par les protocoles avec le médecin généraliste déléguant au sein du centre de santé. Les déléguants et délégués font partie de la même équipe pluridisciplinaire. Les centres de santé devront mettre en place les prescriptions-types (ordonnances types) pré-établies prévues dans les protocoles qui seront signées par le médecin déléguant et mise à la disposition des délégués.

Chaque protocole précise les caractéristiques des patients pouvant être pris en charge dans le cadre de ces protocoles et les critères d’exclusion.

Quatre professions de santé sont impliquées dans ces six PNC : médecin généraliste, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pharmacien.

Pour que l’indicateur soit atteint, chaque profession déléguée concernée par un protocole doit être représentée parmi les professionnels de santé de la structure.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l’indicateur

La mise en œuvre des protocoles nationaux de coopération est soumise à la déclaration préalable auprès de l’ARS via l’application en ligne « Démarches simplifiées » dédiée du site internet du ministère chargé de la santé : <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps>.

La structure ne fournit pas de document justificatif à la Caisse primaire d’assurance maladie. Les vérifications de déclaration et d’atteinte de cet engagement sont réalisées par la Caisse nationale d’assurance maladie depuis l’application « Démarches simplifiées ».

Travail en équipe/Coordination
Bloc commun principal – OPTIONNEL
PARCOURS INSUFFISANCE CARDIAQUE

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 100 points (*pour une patientèle de référence de 4 000 patients¹*),
- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

Le centre de santé inscrit sa participation au parcours de soins des patients ayant une insuffisance cardiaque dont l'objectif est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques.

Conditions de déclenchement de la rémunération

La participation au parcours « Insuffisance Cardiaque » répond aux critères suivants :

- L'identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) ET/OU de la patientèle présentant une pathologie à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque (patientèle IC-) ;
- L'optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ;
- L'optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

À compter de 2023, le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH tous documents attestant de son intégration dans le parcours (attestation sur l'honneur de participation accompagné du protocole).

¹ La patientèle des centres de santé médicaux/polyvalents est définie dans l'accord national à l'article 13.1

Le document doit préciser notamment les informations concernant :

- le nombre de patients insuffisants cardiaques,
- le nombre de patients insuffisants cardiaques « incidents »,
- le nombre de patients nouvellement diagnostiqués au décours de l'implémentation du programme d'accompagnement.

PARCOURS VISANT À ACCOMPAGNER LES ENFANTS EN SITUATION DE SURPOIDS OU D'OBÉSITÉ COMMUNE NON COMPLIQUÉE OU PRÉSENTANT DES FACTEURS DE RISQUE D'OBÉSITÉ (MRTC)

Rémunération

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

Détail des critères et modulations possibles

Le centre de santé inscrit sa participation dans un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité, tel que défini dans le code de la santé publique.

Ce parcours permet la mise en œuvre d'un parcours d'accompagnement réalisé par les Centres de santé pour les enfants, de 3 à 12 ans inclus, en situation de surpoids ou d'obésité. Il comprend un bilan d'activité physique ainsi que des séances de suivi diététique et psychologique.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Le centre de santé qui participe au parcours national concernant le surpoids et l'obésité de l'enfant (MRTC) bénéficie d'une valorisation de 100 points fixes.

En parallèle, pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit répondre à la mission de santé publique sur le thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 5 de l'accord national) :

- Si la structure a mis en œuvre 2 missions de santé publique (parmi les thèmes de la liste annexée à l'accord national) pour lesquelles elle bénéficie d'une valorisation à hauteur de 350 points variables par mission et par an, elle remplit alors les conditions pour bénéficier de la valorisation spécifique « Mission retrouve ton cap » de 100 points fixes,
- Si la structure n'est pas encore engagée dans une mission de santé publique ou si elle choisit de ne mettre en œuvre qu' 1 seule mission de santé publique, cette mission de santé publique

devra obligatoirement correspondre à la thématique de « surpoids et obésité chez l'enfant » pour bénéficier de la valorisation de 100 points fixes associée à la « Mission retrouve ton cap ».

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Cet indicateur est déclaratif.

Echange/système d'information Bloc commun principal – SOCLE ET PREREQUIS SYSTEME D'INFORMATION

Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points :**
 - 500 points (part fixe)
 - 200 points (part variable au regard des professionnels de santé salariés du centre de santé jusqu'à 16 professionnels) et 150 points (part variable au regard des professionnels de santé salariés du centre de santé au-delà de 16 professionnels)
 - 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 500 points (part fixe) et des points pour la part variable, il doit :

- avoir mis en place dans la structure un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ANS de niveau « standard ». Il intègre les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé (version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application Carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur).

La liste des logiciels labellisés e-santé est accessible sur le site de l'ANS : <https://esante.gouv.fr/offres-services/label-esante/solutions-labellisees>

- 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.

Ces deux conditions sont cumulatives.

Précision

À compter de 2023, les centres de santé devront disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un Logiciel d'Aide à la Prescription (LAP) certifié HAS.

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 :
 - o la tenue d'un dossier dentaire informatisé et structuré
 - o 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.

Conditions de déclenchement et niveau de la rémunération

Au regard des documents transmis permettant d'attester du niveau de labellisation, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

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

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

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition sur la plateforme ATIH :

- une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant de la labellisation ASIP santé et du niveau « standard » du logiciel ;
- 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.

**Échange/Système d'information
Bloc commun principal – OPTIONNEL
SYSTEME D'INFORMATION PLURIPROFESSIONNEL**

Rémunération

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

Critère et modulations possibles

Disposer d'un système d'information labellisé par l'ANS santé labellisé de niveau « avancé ».

La liste des logiciels labellisés e-santé est accessible sur le site de l'ANS :
<https://esante.gouv.fr/offres-services/label-esante/solutions-labellisees>

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 labellisation, la vérification de l'atteinte de ces critères est effectuée.

Pièce justificative à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- 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 labellisé par l'ASIP santé de niveau « avancé ».

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

Travail en équipe/Organisation Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL DEMARCHE QUALITE

Rémunération

- **Fixe et variable**

- **Nombre de points** : Rémunération divisée en 4 niveaux :
 - 100 points fixes pour le niveau 1
 - 150 points fixes supplémentaires, et 25 points variables en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé salariés par le centre (25 points pour 11 ETP de PS), pour le niveau 2
 - 150 points fixes supplémentaires, et 25 points variables en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé salariés par le centre (25 points pour 11 ETP de PS), pour le niveau 3
 - 150 points fixes 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 et 25 points variables en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé salariés par le centre (25 points pour 11 ETP de PS). Ces points 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 et 25 points variables en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé salariés par le centre (25 points pour 11 ETP de PS). Ces points 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 points fixes pour cet indicateur, ainsi que 50 points variables sur la base de la présence de 11 ETP de professionnels de santé au sein du centre.

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 mis à dispositions sur la plateforme ATIH.

➔ pour être réputé atteint, chaque niveau dépend de l'atteinte du niveau inférieur.

Exemple :

- *L'atteinte du niveau 2 dépend de l'atteinte du niveau 1,*
- *L'atteinte du niveau 3 dépend de l'atteinte du niveau 2 et du niveau 1,*
- *L'atteinte du niveau 4 dépend de l'atteinte des niveaux 1, 2 et 3.*

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères la structure met à disposition sur la plateforme ATIH 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.

Accès aux soins
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES

Rémunération

- **Fixe et variable**
- **Nombre de points** : rémunération sur 3 niveaux cumulables d'accompagnement :
 - 200 points variables (sur la base de la patientèle C2S et AME) pour le niveau 1, (si 2 des 4 thématiques sont réalisées),
 - 400 points variables (sur la base de la patientèle C2S et AME) supplémentaires pour le niveau 2, (si 2 des 4 thématiques sont réalisées),
 - 800 points variables (sur la base de la patientèle C2S et AME) supplémentaires pour le niveau 3, (si 2 des 4 thématiques sont réalisées),
 - 300 points fixes supplémentaires si le centre de santé compte la présence d'un médiateur.
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Cet indicateur valorise l'approche sociale des centres de santé, par la pratique du tiers payant et le respect des tarifs opposables, envers les patients en situation de précarité et des publics vulnérables.

Cette démarche concerne la prise en charge des 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, 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.

Chaque niveau d'implication est décliné en 4 thématiques avec des actions spécifiques :

	Thématique	Action spécifique
Niveau 1 : 200 points variables	Identifier et repérer les publics	La structure s'engage à : - réaliser un diagnostic des freins principaux de l'accès aux soins de la patientèle du centre et/ou - organiser le repérage, au sein de la patientèle, de public vulnérable permettant une prise en charge complémentaire à la prise en charge des soins.
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	La structure s'engage à proposer des formations ciblées aux agents du centre sur les facteurs de vulnérabilités.
	Aller vers et faire avec	La structure aide à la prise de rendez-vous des soins de second recours.
	Se coordonner avec les acteurs	La structure oriente de manière structurée (fiche de liaison) cette patientèle vers des partenaires sociaux et médico-sociaux.

L'atteinte de 2 des thématiques du niveau 1 permet de bénéficier de 200 points variables.

	Thématique	Action spécifique
Niveau 2 : 400 points variables	Identifier et repérer les publics	La structure s'engage à organiser des permanences dans le centre à destination d'un public cible spécifique présentant une vulnérabilité.
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	La structure s'engage à construire des outils de communication ciblés pour faciliter le parcours de santé et/ou à organiser des solutions d'interprétariat communautaire en amont des consultations.
	Aller vers et faire avec	La structure s'engage à, soit : - aider à l'instruction des droits santé, - pratiquer le tiers payant intégral, - accompagner physiquement les patients les moins autonomes dans leur RDV (droits / soins).
	Se coordonner avec les acteurs	La structure s'engage à, soit : - construire un annuaire des ressources médico-sociales et sociales pour répondre aux besoins essentiels des personnes, - contribuer à des réunions portant sur des cas complexes identifiés par les partenaires (personnes vieillissantes / santé mentale / pathologie chronique).

L'atteinte de 2 des thématiques du niveau 2 permet de bénéficier de 200 points variables du niveau 1 + 400 points variables supplémentaires.

	Thématique	Action spécifique
Niveau 3 : 800 points variables	Identifier et repérer les publics	La structure s'engage à mettre en place des permanences dédiées et identifiées dans des structures extérieures, lieux de vie de publics cibles (foyer travailleurs migrants, hôtels sociaux).
	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	La structure s'engage à, soit : <ul style="list-style-type: none"> - disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle, - mettre en place des temps d'analyse de la pratique à destination de l'équipe pour faciliter la distanciation et encourager l'empowerment des patients.
	Aller vers et faire avec	La structure s'engage à, soit : <ul style="list-style-type: none"> - proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage, prévention), - mettre en œuvre une Permanence d'Accès aux Soins de ville (PASS).
	Se coordonner avec les acteurs	- La structure s'engage à structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données.

L'atteinte de 2 des thématiques du niveau 3 permet de bénéficier de 200 points variables du niveau 1 + 400 points variables relatifs au niveau 2 + 800 points variables supplémentaires.

Précision

La fonction de médiateur en santé est assurée par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction ou ayant un temps de travail identifié à cette fonction.

Il s'agit notamment au travers de ce poste d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales.

La présence d'un médiateur parmi les salariés du centre de santé permet l'obtention de 300 points fixes supplémentaires dès l'atteinte du niveau 1. La valorisation de 300 points liée à la présence d'un médiateur est attribuée quel que soit le nombre de niveaux atteints.

Exemple :

La structure atteint les niveaux 1 et 2 et compte la présence d'un médiateur, elle obtient : 200 points variables (niveau 1) + 400 points variables (niveau 2) + 300 fixes (présence d'un médiateur) soit 900 points.

Conditions de déclenchement de la rémunération

- ➔ Pour valider chaque niveau, 2 des 4 thématiques doivent être remplies.

Exemple :

Pour atteindre le niveau 1, le centre de santé doit répondre à 2 des thématiques suivantes :

- *Identifier et repérer les publics,*
- *Comprendre et former à la spécialité des vulnérabilités,*
- *Aller vers et faire avec,*
- *Se coordonner avec les acteurs.*

- ➔ Outre la condition d'atteinte de 2 des 4 thématiques citées supra, pour être réputé atteint, chaque niveau dépend de l'atteinte du niveau inférieur.

Exemple :

- *L'atteinte du niveau 2 dépend de l'atteinte du niveau 1,*
- *L'atteinte du niveau 3 dépend de l'atteinte du niveau 2 et du niveau 1.*

- ➔ La valorisation des niveaux est cumulable.

Exemple :

Le centre de santé compte la présence d'un médiateur et atteint le niveau 3, il perçoit :

- *200 points variables pour l'atteinte du niveau 1 + 400 points variables pour l'atteinte du niveau 2 + 800 points variables pour l'atteinte du niveau 3 + 300 points fixes pour la présence d'un médiateur soit :*
1 400 points variables + 300 points fixes

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

Les points variables sont calculés sur la base de la patientèle C2S et AME du centre de santé.

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères, le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan d'actions pour chaque niveau. Ce plan précise les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge pour chaque action spécifique réalisée.

Pour faciliter la rédaction de ces plans d'action, des modèles types de pièces justificatives pour chaque niveau sont disponibles sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr).

Accès aux soins
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
IMPLICATION DES PATIENTS (USAGERS)

Rémunération

- **Fixe et variable**

- **Nombre de points** : rémunération sur 2 niveaux d'implication cumulables :
 - Niveau 1 : 200 points fixes,
 - Niveau 2 : 300 points variables (pour une patientèle de référence de 4 000 patients).

- **Valeur du point** : 7 euros

Détail des critères et modulations possibles

Mettre en place des outils et/ou des actions permettant d'impliquer les usagers dans leur parcours de santé mais aussi dans les projets portés par le centre de santé. Cet indicateur se décline en 2 niveaux :

1^{er} niveau : 200 points fixes

- Le centre de santé met en place d'outils ou actions visant à **consulter, informer et sensibiliser les usagers** sur les services offerts. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc...),

2^{ème} niveau : 300 points variables

- Le centre de santé met en place des outils ou des actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers.

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 pour la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères, le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH tout document permettant d'attester de la mise en place d'outils et/ ou d'actions.

Pour faciliter la rédaction de ce document justificatif, des pièces types justificatives pour chaque niveau sont disponibles sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr).

Échange/Système d'information Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL TELETRANSMISSION ET TELESERVICES

Rémunération

- **Variable**

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

- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

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

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

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

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

Critère 2 : Télétransmission

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

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

Ce taux doit être d'au moins 70%.

Pièces justificatives à transmettre

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

Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
MISE À DISPOSITION D'UN JUSTIFICATIF INFORMATIQUE ATTESTANT DE
L'UTILISATION DES TELESERVICES

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points : 90 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 la vérification de l'indicateur

Pour permettre la vérification de ces critères le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH ce justificatif. Elle pourra vérifier l'utilisation effective des différents téléservices mis à la disposition des différents centres de santé.

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

- télétransmettre
- utiliser les téléservices.

Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT POUR VIDEOTRANSMISSION
SECURISEE

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points :**
 - 50 points fixes pour un équipement permettant la vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation par les médecins du centre salariés du centre
 - 50 points fixes pour un équipement supplémentaire dédié aux infirmiers
- **Valeur du point : 7 euros**

Critères et modulations possibles

Afin de favoriser le recours à la télémédecine par les centres de santé, est valorisée l'acquisition d'un équipement par le centre de santé permettant la vidéotransmission sécurisée pour la réalisation d'actes de téléconsultation.

Cela couvre également les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine notamment.

Pièces justificatives à transmettre

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- une copie des factures d'abonnement ou de recours à une solution technique permettant la téléconsultation.

**Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
TELEMEDECINE – AIDE A L'EQUIPEMENT EN EQUIPEMENTS MEDICAUX
CONNECTES**

Rémunération

- **Variable**

- **Nombre de points :**
 - 25 points par ETP médicaux dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis
 - 25 points par ETP infirmiers dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis

- **Valeur du point : 7 euros**

Critères et modulations possibles

Est valorisé l'acquisition par le centre de santé d'équipements médicaux connectés utilisés pour la réalisation d'actes de télémedecine.

La liste des équipements sera définie en CPN des Centres de santé sur la base de celle définie pour les médecins et des infirmiers libéraux. Cette liste sera actualisée tous les ans et mise à disposition sur « ameli.fr ».

Pièces justificatives à transmettre

Pour permettre la vérification de ce critère le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH :

- une copie des factures des équipements médicaux connectés

Échange/Système d'information Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL CAPACITE A CODER LES DONNEES

Rémunération

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

Critères et modulations possibles

Est valorisé la production ou l'alimentation par le centre de santé des registres des patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales élaborées par les médecins salariés du centre dans le cadre du suivi des patients.

Cet indicateur est une transposition de l'indicateur « capacité à coder les données » du forfait structure prévu par la convention médicale.

Pièces justificatives à transmettre

Cet indicateur est déclaratif et est à saisir sur la plateforme ATIH. Les services de l'Assurance Maladie peuvent demander le résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres.

Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
REPLISSAGE DU DMP

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 40 points par ETP de médecins généralistes salariés du centre de santé dans la limite de 20 ETP si 10% de consultations réalisées sont alimentées dans le DMP.
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Est valorisé l'alimentation d'un dossier médical partagé afin que les patients puissent conserver dans un espace sécurisé leurs documents médicaux.

Conditions de déclenchement de la rémunération

L'atteinte d'un taux de 10 % des consultations réalisées par le centre de santé dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP permet de valider l'indicateur.

Précisions relative à l'exercice 2023

Par dérogation, au titre de l'exercice 2023, ce taux est ramené à 10%.

Pièces justificatives à transmettre

Aucune pièce justificative n'est nécessaire, le décompte des DMP alimentés par les infirmiers salariés du centre de santé est réalisé par l'Assurance maladie.

Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
USAGE DE LA MESSAGERIE SÉCURISÉ DE SANTE

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 40 points par ETP de médecins généralistes salariés du centre de santé dans la limite de 20 ETP si 5% des consultations réalisées font l'objet d'un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de « Mon espace santé ».
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

Est valorisé l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé.

Mon espace santé est le nouveau service numérique destiné aux assurés, il a pour objectif d'aider les patients à participer à leur suivi médical, à la préservation de leur santé et à devenir le carnet de santé numérique des patients.

La messagerie de santé, intégrée à Mon espace santé, permet aux professionnels de santé d'envoyer aux patients des informations et des documents en toute confidentialité.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Pour les exercices 2022 et 2023, l'atteinte d'un taux de 5% minimum des consultations réalisées par le centre de santé comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé permet de valider l'indicateur.

Pièces justificatives à transmettre

Aucune pièce justificative n'est nécessaire, le décompte de l'usage de la messagerie sécurisée intégrée dans le service « Mon espace Santé est réalisé par l'Assurance maladie.

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 40 points par ETP de médecins généralistes salariés du centre de santé dans la limite de 20 ETP si 30% des prescriptions de produits de santé établies par le centre de santé pour sa patientèle sont réalisées via le service e-prescription.
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

La « e-prescription » consiste à dématérialiser le circuit de l'ordonnance entre les médecins et les pharmaciens. Elle permet une meilleure coordination des soins.

Les prescriptions réalisées par les médecins généralistes du centre de santé sont accessibles par le patient depuis son DMP. L'usage du service e-prescription défini selon les modalités décrites à l'annexe 32 de l'accord national est valorisé à raison de 40 points par ETP de médecins généralistes dans la limite de 20 ETP.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Rappel : cet indicateur est valorisable à compter de l'exercice 2023.

L'atteinte d'un taux de 30 % des prescriptions de produits de santé des médecins du Centre de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.

Précisions relative à l'exercice 2023

Compte tenu de la signature de l'avenant 5 le 30 novembre 2023, il a été décidé d'appliquer à cet indicateur pour l'exercice 2023, les taux de cet avenant. À savoir que l'atteinte d'un taux de 30 % des prescriptions *au lieu de 50% des prescriptions - cf avenant 4*).de produits de santé des médecins du centre de santé établies pour sa patientèle, réalisées via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.

Pièces justificatives à transmettre

Aucune pièce justificative n'est nécessaire, le décompte des prescriptions de produits de santé réalisées via le service e-prescription est opéré par l'Assurance maladie.

Échange/Système d'information
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
APPLICATION CARTE VITALE

Rémunération

- **Variable**
- **Nombre de points** : 40 points par ETP de médecins généralistes salariés du centre de santé dans la limite de 20 ETP si 1 feuille de soins électronique (FSE) est réalisée avec l'application « Carte vitale ».
- **Valeur du point** : 7 euros

Critères et modulations possibles

L'application « Carte vitale » consiste à dématérialiser la carte vitale sous la forme d'une application pour smartphone qui centralise toutes les données dans un environnement sécurisé, permettant ainsi la lecture des informations sans recours physique à la carte Vitale.

Son utilisation par les professionnels de santé du centre de santé pour réaliser des feuilles de soins électroniques des patients est valorisée à raison de 40 points par ETP de médecins généralistes dans la limite de 20 ETP.

Conditions de déclenchement de la rémunération

Rappel : cet indicateur est valorisable à compter de l'exercice 2023.

L'envoi d'une feuille de soins électroniques (FSE) réalisée par les professionnels du centre de santé avec l'application « Carte vitale » de ses patients permet de valider l'indicateur.

Précisions relative à l'exercice 2023

Compte tenu de la signature de l'avenant 5 en date du 30 novembre 2023, il a été décidé pour l'exercice 2023 d'en appliquer les modalités pour cet indicateur. Ainsi, l'envoi d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale permet d'en valider l'atteinte *(au lieu de 5% des FSE - cf avenant 4)*.

Pièces justificatives à transmettre

Aucune pièce justificative n'est nécessaire, le décompte des FSP réalisées via l'application « Carte Vitale » est réalisée par l'Assurance maladie.