

Centres de santé dentaires : 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), 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.

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 plateforme¹.

SOMMAIRE :

- Accès aux soins – bloc commun principal
 - o Accessibilité du centre de santé
 - o Missions de santé publique

- Travail en équipe/coordination – bloc commun principal
 - o Concertation professionnelle formalisée et régulière
 - o Formation des jeunes professionnels de santé
 - o Coordination externe
 - o Fonction de coordination

- Echange/système d'information – bloc commun principal
 - o Système d'information

- Travail en équipe/coordination – bloc commun complémentaire
 - o Démarche qualité

- Accès aux soins – bloc commun complémentaire
 - o Accompagnement des publics vulnérables
 - o Information du public

- Echange/système d'information – bloc commun complémentaire
 - o Télétransmission et téléservices

¹ 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 2018 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.

Accès aux soins
Bloc commun principal – SOCLE
ACCESSIBILITE DU CENTRE

Rémunération :

- **Fixe**
- **Nombre de points :** 400 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 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.

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 au patient *et 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) 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 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

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

• 400 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)

• 400 - 30 =
370 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

• 400 - 50 =
350 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

• 400-70-50-20
= 260 points

Accès aux soins
Bloc commun principal – OPTIONNEL

**MISSIONS DE SANTE PUBLIQUES OU BILAN BUCCO-DENTAIRE
AUPRES DE LA POPULATION CIBLEE**

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

Détail des critères et modulations possibles :

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

Conditions de déclenchement de la rémunération :

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

Pièces justificatives à transmettre pour la vérification de l'indicateur :

Documents déclaratifs indiquant :

- le nombre de missions de santé publique
- et précisant les thèmes de ces missions ;
- ou le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco- dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé, à des personnes âgées, diabétiques ou handicapées conclus 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/Coordination
Bloc commun principal – SOCLE

CONCERTATION PROFESSIONNELLE FORMALISEE ET REGULIERE

Rémunération :

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

Détail des critères et modulations possibles :

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

Objectif :

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

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.

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 coordination 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 de réunion.

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

Rémunération :

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

Détail des critères et modulations possibles

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

Objectifs :

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

Conditions de déclenchement de la rémunération :

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

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 les copies des attestations de stages réalisés au sein de la structure dans l'année.

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

Rémunération :

- **Fixe**
- **Nombre de points : 250 points par contrat passé** avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social dans la limite de 2 contrats, soit 500 points au maximum
- **Valeur du point : 7 euros**

Détail des critères et modulations possibles :

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

Conditions du contrat :

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

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

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.

Pièces justificatives 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 contrats établis entre le centre de santé et l'EHPAD ou l'établissement médico-social.

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

Rémunération

- **Fixe**
- **Nombre de points : 200 points**
- **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 ...

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

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

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 :

- 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.

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

Rémunération :

- **Fixe**

- **Nombre de points : 550 points au maximum en 4 niveaux dont :**
 - 100 points pour le niveau 1
 - 150 points supplémentaires pour le niveau 2
 - 150 points supplémentaires pour le niveau 3
 - 150 points supplémentaires pour le niveau 4

- **Valeur du point : 7 euros**

Critères et modulations possibles :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 mis à disposition sur la plateforme ATIH.

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

Critères et modulations possibles :

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

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

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

Condition de prise en charge de ces populations :

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

Condition de déclenchement de la rémunération :

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

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.

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, une synthèse annuelle des modalités de cet accompagnement (modèle annexe 6 de l'accord national des centres de santé). Cette synthèse comprend le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée.

Accès aux soins
Bloc commun complémentaire – OPTIONNEL
INFORMATION DU PUBLIC

Rémunération :

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

Détail des 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 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 pour la vérification de l'indicateur :

Le centre de santé saisi sur la plateforme ATIH les éléments concernant ses horaires d'ouverture.

**Echange/Système d'information
Bloc commun complémentaire - OPTIONNEL
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES**

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%.