

The page features a decorative graphic consisting of three blue circles of varying sizes and two thin blue lines. One line starts from the top left and extends towards the center, passing through the top and middle circles. Another line starts from the top right and extends towards the bottom right, passing through the middle and bottom circles. The circles are semi-transparent and have a slight gradient.

LES INDICATEURS – REGLEMENT ARBITRAL

FICHE SYNTHETIQUE PAR INDICATEUR

Vous trouverez ci-joint une fiche synthèse pour chaque indicateur défini dans le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

**CNAMTS/DDGOS/DPROF
07/06/2016**

SOMMAIRE

1.	AXE 1 – FAVORISER L’ACCES AUX SOINS.....	2
2.	AXE 1 – PARTICIPER A LA REALISATION DE MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE COMPLEMENTAIRES DEFINIES AU NIVEAU REGIONAL.....	4
3.	AXE 1 – OFFRE D’UNE DIVERSITE DE SERVICES DE SOINS MEDICAUX SPECIALISES ET/OU PARAMEDICAUX ASSUREE PAR LES PROFESSIONNELS ASSOCIES OU SALARIES DE LA STRUCTURE	6
4.	AXE 1 – ORGANISATION DE CONSULTATIONS DE SPECIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGES-FEMMES OU CHIRURGIENS-DENTISTES EXTERIEURS A LA.....	9
5.	AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE.....	11
6.	AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS	12
7.	AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – COORDINATION EXTERNE	14
8.	AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – REVUES DE DOSSIERS	16
9.	AXE 3 – SYSTEME D’INFORMATION	18
10.	AXE 3 – SYSTEME D’INFORMATION	20

FICHE INDICATEUR

1. AXE 1- FAVORISER L'ACCES AUX SOINS

1 – Ouvrir de 8 à 20h, samedi matin et congés scolaires – dérogation possible par la caisse et l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDS

2 – organiser l'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

3 – Mettre en place un fonction de coordination identifiée

CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

Pré-requis =socle

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
fixe	1 200 points	7 euros	8 400 euros

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre une charte d'engagement à sa caisse de rattachement

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- Les 3 sous-indicateurs doivent être atteints
- La pièce justificative doit être transmise

PARTICULARITES

3 indicateurs indissociables : les 3 doivent être impérativement atteints pour prétendre aux 1 200 points

CONTENU ET PRECISIONS

1. Amplitude des horaires d'ouverture

Définition	aides
Assurer les horaires d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires	<ul style="list-style-type: none">• En pratique, la structure s'engage à être ouverte de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin et pendant les congés scolaires.• Toutefois, une modulation de ces horaires peut être accordée par l'ARS en fonction des modalités d'organisation locale de la PDSA précisées dans le cahier des charges régional de la PDSA.• Cette modulation est inscrite dans le contrat signé par la structure.

2. Accès des soins non programmés chaque jour ouvré

Définition	aides
Les professionnels de santé de la structure s'organisent pour recevoir chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés	<p>Dans son projet de santé, la structure expose la façon dont elle organise, chaque jour, la prise en charge des patients souhaitant un avis médical ou se présentant pour des soins non programmés:</p> <ul style="list-style-type: none"> - disponibilités des différents professionnels de santé de la structure pour une régulation téléphonique des demandes ; - possibilités de consultations dans la journée : plages horaires dédiées pour chaque professionnel ; journées dédiées assurées à tour de rôle par chacun des médecins de la structure... <p>Ces modalités sont précisées dans la charte d'engagement.</p>

3. Fonction de coordination organisée avec un responsable identifié

Définition	aides
Identifier un responsable de la coordination au sein de la structure, en charge de l'organisation de l'accueil et de l'orientation des patients, de la gestion des plannings, de l'organisation des interventions, de l'information des patients sur leurs droits, etc.	<p>Cette fonction de coordination au sein de la structure peut être occupée indifféremment par un professionnel de santé ou par du personnel administratif. L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'accueil des patients ; • l'information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS) ; • leur orientation auprès des différents professionnels exerçant au sein de la structure ; • la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical ; • le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite ; • la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, permettant une prise en charge coordonnée des patients en fonction de leurs besoins ; • etc.

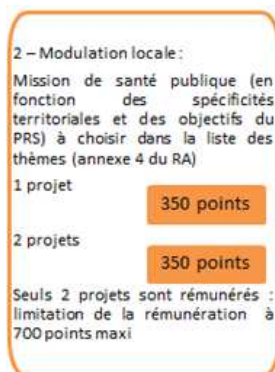
LES QUESTIONS LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

L'amplitude des horaires d'ouverture concerne-t-elle uniquement les horaires des médecins ou chaque profession ?

C'est la structure qui doit être en mesure d'assurer cette amplitude d'horaires d'ouverture (ouverture des locaux sur les périodes indiquées). Toutefois, cette exigence ne nécessite pas que l'ensemble des professionnels exerçant dans la structure soient présents durant cette amplitude horaire. Il n'est pas non plus indispensable qu'un médecin soit présent sur toute l'amplitude horaire notamment sur la pause méridienne. En revanche, une organisation doit être mise en place au sein de la structure pour qu'un médecin soit accessible et puisse intervenir si besoin dans un délai de 30 minutes environ.

FICHE INDICATEUR

2. AXE 1 – PARTICIPER A LA REALISATION DE MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE COMPLEMENTAIRES DEFINIES AU NIVEAU REGIONAL



CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

optionnel

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
variable	350 points par mission réalisée et plafonné à 700 points (patientèle de référence de 4 000 patients)	7 euros	4 900 euros (patientèle de 4 000 patients)
Varie en fonction de la patientèle et en fonction du nombre de missions réalisées			

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	Les modalités de vérification du respect de cet indicateur sont définies dans une annexe au contrat conclu avec la structure

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- L'indicateur doit être atteint
- Les pièces justificatives transmises et vérifiées

PARTICULARITES

Les missions de santé publique sont définies au niveau régional (conjointement par l'ARS et la CPAM)

La rémunération est plafonnée à 2 missions : la structure peut s'engager sur une 3^{ème} voire 4^{ème} mission mais le nombre de points accordé est limité à 700 points (pour une patientèle de 4 000 patients).

CONTENU ET PRECISIONS

Les missions de santé publique complémentaires sont définies au niveau régional. Elles doivent répondre à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé. La structure, en accord avec l'ARS et la CPAM, choisit parmi la liste des thèmes (listés à l'annexe 4 du règlement arbitral) :

- actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale ;

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

LES QUESTIONS LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

FICHE INDICATEUR

3. AXE 1 – OFFRE D’UNE DIVERSITE DE SERVICES DE SOINS MEDICAUX SPECIALISES ET/OU PARAMEDICAUX ASSUREE PAR LES PROFESSIONNELS ASSOCIES OU SALARIES DE LA STRUCTURE



CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

optionnel

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
fixe	225 pour chaque offre de diversité réalisée	7 euros	3 150 euros pour les 2 offres réalisées

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	<p>La structure doit faire parvenir la liste des professionnels de santé intervenant dans la structure (associé ou salarié) au moment de la demande de contractualisation. Cette liste doit comporter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'identité • Le n° AM (pour les professionnels libéraux) • Le n°RPPS (pour les professionnels concernés) • La profession • La spécialité médicale exercée <p>La structure doit mettre à jour, actualiser et transmettre cette liste à sa caisse de rattachement</p>

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION	
<ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur doit être atteint par les professionnels de santé figurant sur la liste : <ul style="list-style-type: none"> ▪ seuls les professionnels associés de la SISA ▪ ou salariés pour les centres de santé sont pris en compte pour cet indicateur • La pièce justificative doit être transmise 	
DEROGATION	DETAIL
	Pour les années 2015 et 2016, sont également concernés : <ul style="list-style-type: none"> • Pour la SISA, les professionnels associés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui ont signé le projet de santé <p style="text-align: center;">Et</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui exercent 50% de leur activité à l'intérieur de la structure

PARTICULARITES

Cet indicateur concerne :

- Pour la SISA les professionnels associés de la structure
- Pour les centres de santé les salariés du centre

Ces 2 options de diversité sont dissociables– Chaque option de diversité fait l'objet d'un nombre de points – Si la structure opte pour l'option 2, elle bénéficie également des points de l'option 1 – il obtient donc 225 +225 = 500 points.

CONTENU ET PRECISIONS

Deux offres (options) :

- **Offre (Option) 1 :** la structure doit organiser au sein de la structure
 - La présence d'au moins 2 professionnels médicaux différents en sus de la médecine générale

OU

 - La présence d'au moins 3 professions paramédicales différentes.
- **Offre (Option) 2 :** la structure doit organiser au sein de la structure
 - La présence d'au moins 2 professionnels médicaux différents en sus de la médecine générale

ET

 - La présence d'au moins 3 professions paramédicales différentes.

Ces présences s'organisent avec les médecins associés de la SISA et avec les médecins salariés du centre. La structure ne peut pas faire appel à des professionnels externes.

LES QUESTIONS LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

Quelles sont les professions prises en compte ?

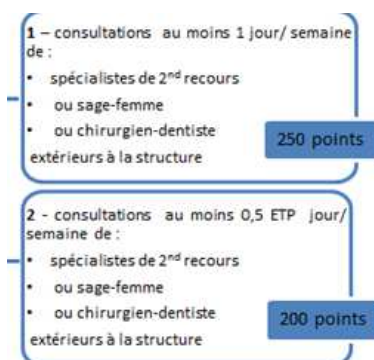
Les professions sont celles visées dans la 4^{ème} partie du code de la santé publique et considérées comme professionnels de santé, à savoir :

- Professions médicales :
 - *Médecins des différentes spécialités médicales (les médecins à expertise particulière-MEP- sont comptabilisés en tant qu'offre diversifiée), les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes,*
- Les pharmaciens et Biologistes.

- Professions paramédicales -Auxiliaires médicaux, Aides-Soignants et Ambulanciers : Infirmière, Masseur-Kinésithérapeute, Pédicure-podologue, Orthophoniste, Orthoptiste, Audioprothésistes, Opticien, Prothésistes et Orthésistes, Manipulateur d'Electroradiologie, Technicien de Laboratoire, Diététicien, Aides-soignants, et Ambulanciers.

FICHE INDICATEUR

4. AXE 1 – ORGANISATION DE CONSULTATIONS DE SPECIALISTES DE SECOND RECOURS OU SAGES-FEMMES OU CHIRURGIENS-DENTISTES EXTERIEURS A LA STRUCTURE<



CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

optionnel

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
fixe	250 points pour le 1 ^{er} option et/ou 200 points sur le 2ème option	7 euros	3150 pour la réalisation des 2 options

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre tout document : <ul style="list-style-type: none"> • attestant : <ul style="list-style-type: none"> ○ de l'organisation des consultations de second recours ○ l'accès à des sages-femmes ou à des chirurgiens-dentistes • précisant le temps d'intervention de chaque professionnel (contrats de vacations par exemple)

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- La pièce justificative doit être transmise et vérifiée
- atteinte à 100% de l'indicateur par les seuls professionnels extérieurs à la structure (non associés de la SISA et non salariés du centre de santé)

DEROGATION	DETAIL
oui	Pour les années 2015 et 2016, sont également concernés : <ul style="list-style-type: none"> • Pour la SISA, les professionnels non associés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui ont signé le projet de santé <p style="text-align: center;">Et</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qui exercent 50% de leur activité à l'extérieur de la structure

PARTICULARITES

Sont concernés :

- les professionnels non associés de la structure (SISA)
- les professionnels non salariés du centre de santé.

Ces 2 indicateurs sont optionnels et dissociables– Chaque option fait l'objet d'un nombre de points –

Si la structure choisit d'atteindre l'option 2, elle bénéficie également des points de l'option 1 – Elle obtient donc 250 +200 soit 450 points

CONTENU ET PRECISIONS

2 Niveaux :

- **1^{er} Niveau** – Organiser, au sein de la structure :
 - des consultations de second recours réalisées par :
 - Des médecins spécialistes extérieurs à la structure
 - Des sages-femmes extérieures à la structure
 - Des chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure
 - Sur des créneaux horaires définis
 - consultations équivalentes à **au moins 1 jour/semaine** pour l'ensemble de ces activités.
- **2^{ème} Niveau** – Organiser, au sein de la structure :
 - des consultations de second recours réalisées par :
 - Des médecins spécialistes extérieurs à la structure
 - Des sages-femmes extérieures à la structure
 - Des chirurgiens-dentistes extérieurs à la structure
 - sur des créneaux horaires définis
 - des consultations équivalentes à au moins 0,5 ETP jour/semaine pour l'ensemble de ces activités = **0,5 ETP correspond à 2,5 jours par semaine**

LES QUESTIONS ET LES REPONSES LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

Quelles sont les professions prises en compte ?

Les professions sont :

- Les spécialités médicales (à l'exception de la spécialité médecine générale)
- Les médecins identifiés comme médecin à expertise particulière (MEP)
- Les sages-femmes
- Les chirurgiens-dentistes
- Les pharmaciens
- Les biologistes

FICHE INDICATEUR

5. AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – FORMATION DE PROFESSIONNELS DE SANTE

1 – formation des jeunes professionnels de santé

• 2 stages par an

450 points

CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

optionnel

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
fixe	450 points	7 euros	3 150 euros

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre : <ul style="list-style-type: none">• Une copie des attestations de stage réalisé Ou <ul style="list-style-type: none">• Une copie des conventions de stage réalisé

PARTICULARITES

Pas de particularité

CONTENU ET PRECISIONS

La structure doit accueillir 2 ou plus de 2 stagiaires professionnels de santé dans l'année, quelle que soit la spécialité du professionnel (généralistes, spécialistes, paramédicaux).

FICHE INDICATEUR

6. AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – PROTOCOLES PLURI-PROFESSIONNELS

1 - Etablir des protocoles pluri-professionnels pour les patients concernés par certaines pathologies
(voir liste définie dans le contrat-type)

100 points par protocole

CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

socle

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
fixe	100 points par protocole plafonné à 500 points	7 euros	3 500 euros (pour 5 protocoles réalisés)

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre tout document : <ul style="list-style-type: none">Attestant de l'élaboration de protocoles pluri-professionnels concernant les pathologies listées dans le règlement arbitral

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- L'indicateur doit être atteint (au moins 1 protocoles élaboré)
- Les pièces justificatives transmises et vérifiées

PARTICULARITES

100 points sont attribués par protocole pluri-professionnel élaboré, plafonné à 5 protocoles soit 500 points maxi. Pour le 6^{ème} et les suivants, seuls 500 points sont valorisés.
Il faut au moins 1 protocole pour atteindre l'objectif

CONTENU ET PRECISIONS

La structure doit établir des protocoles pluri-professionnels pour des patients atteints des pathologies suivantes

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées :
 - insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;*
- patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle :
 - lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;*
- patients bénéficiant de soins itératifs pour lesquels la stratégie de prise en charge peut être à réévaluer :
 - lombalgies, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;*
- patients poly-médiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;

- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté :
 - *sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.*

Ces protocoles doivent :

- Formaliser les démarches mises en place pour la prise en charge et le suivi de patients par les différents professionnels de santé
- Etre conformes aux guides « parcours » élaborés par la HAS
- Préciser :
 - Le rôle et le temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge
 - Les modalités de transmission des informations nécessaires à une bonne coordination entre professionnels de santé

LES QUESTIONS ET LES REponses LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

Comment obtenir les recommandations de la HAS pour servir de référence à la réalisation des protocoles pluri-professionnels ?

Les recommandations de la HAS sont accessibles sur le site de la HAS au lien suivant :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1216216/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours

Les protocoles élaborés par la structure doivent-ils faire l'objet d'une validation par la HAS ?

Les protocoles pluri-professionnels des structures n'ont pas à être transmis à la HAS pour validation.

Comment apprécier le contenu des protocoles ?

Les protocoles ne doivent pas se limiter à formaliser :

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

A - Peut-on retenir des protocoles élaborés pour d'autres pathologies que celles listées ?

B - Peuvent-ils prétendre à l'attribution de points

A - Oui, après examen au cas par cas : s'ils répondent à un souci d'améliorer la prise en charge pluri-professionnelle de certains patients complexes.

B – dans ce cas seulement, l'attribution des points est acceptée.

FICHE INDICATEUR

7. AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – COORDINATION EXTERNE

2 – Mettre en place une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients :

- vers professionnels de santé extérieur à la structure

Et

- Vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation,

Et

- Vers les structures et services médicaux sociaux

200 points

CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

optionnel

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
variable	200 points (pour une patientèle de 4 000 patients)	7 euros	1 400 euros (pour une patientèle de 4 000 patients)

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	<p>La structure doit transmettre tout document :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décrivant la procédure de mise en place pour la transmission des informations vers les services ou structures extérieurs amenés à prendre en charge les patients de la structure • Attestant de l'ouverture du dossier médical partagé alimenté par le volet de synthèse médicale (VSM) pour tous les patients de la structure amenés à être hospitalisés

DEROGATION	DETAIL
oui	Pour l'année 2015, l'ouverture du DMP est neutralisée

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- L'indicateur doit être atteint
- Les pièces justificatives transmises et vérifiées

PARTICULARITES

Le nombre de point est proratisé en fonction de la patientèle de référence.

CONTENU ET PRECISIONS

La structure doit mettre en place :

1. Une procédure encadrant les modalités de transmission
 - Du volet médical de synthèse (VMS) du patient, établi par le médecin traitant, complété des informations médicales fournies par les autres professionnels de santé de la structure
 - Aux professionnels de santé extérieurs à la structure et intervenant dans la prise en charge des patients

- Aux services et établissements sanitaires en cas d'hospitalisation
- Aux services et structures médico-sociales

2. L'ouverture d'un dossier médical partagé (DMP), alimenté par le volet médical de synthèse pour chaque patient hospitalisé

FICHE INDICATEUR

8. AXE 2 – TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION – REVUES DE DOSSIERS

- 2 – Mettre en place une concertation pluri-professionnelle avec objectif :
- La tenue d'une réunion/mois en moyenne et 3% des patients de la structure
- 1 000 points

CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

Pré-requis = Socle

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
variable	1 000 points (pour une patientèle de référence 4 000 patients)	7 euros	7 000 euros (patientèle de référence 4 000 patients)

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre pour l'année: <ul style="list-style-type: none"> • Les dates de réunions consacrées à la revue des dossiers • le % de dossiers examinés et dont le compte rendu a été intégré au dossier informatique <ul style="list-style-type: none"> ○ issu de la requête informatique (joindre le fichier de cette requête)
DEROGATION	DETAIL
oui	Si au 31/12/2016, la structure n'est pas équipée d'un système d'information labellisé ASIP, <ul style="list-style-type: none"> • le % de dossiers examinés et dont le compte rendu a été intégré au dossier informatique Est transmis sans la requête

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

<ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur est atteint si : <ul style="list-style-type: none"> ○ 12 réunions et plus par an Et <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 % de dossiers examinés pour l'année • Les pièces justificatives transmises et vérifiées 	
DEROGATION	DETAIL
oui	Jusqu'au 31/12/2016 <ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur est atteint si : <ul style="list-style-type: none"> ○ 6 réunions et plus par an Et <ul style="list-style-type: none"> ○ Taux de dossiers examinés pour l'année est supérieur à 0%

PARTICULARITES

Le nombre de points est proratisé en fonction de la patientèle de référence.

L'attribution de points est subordonnée :

- à un nombre de réunion
- et à % d'exams de dossier

CONTENU ET PRECISIONS

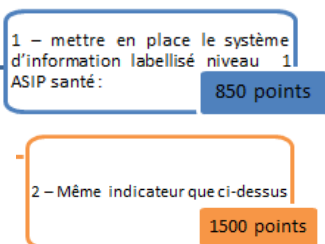
La structure doit :

- Organiser des réunions de concertation ou revues de dossiers entre les professionnels de santé concernés
- Formaliser ces réunions de dossiers par des compte-rendus
- Intégrer ce compte rendu au dossier informatisé du patient concerné

LES QUESTIONS ET LES REPONSES LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

FICHE INDICATEUR

9. AXE 3 – SYSTEME D'INFORMATION



CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

SOCLE dits PRE-REQUIS

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
Fixe	850 points	7 euros	5950 euros
Variable	1 500 points (pour une patientèle de référence de 4 000)		10 500 euros (patientèle de référence de 4 000 patients)

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre : <ul style="list-style-type: none"> • Une copie des bons de commandes de logiciels, des factures de logiciel • ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location • Attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 • La date d'acquisition de l'équipement doit figurer sur ces justificatifs
	La structure, dès lors qu'elle est équipée du système labellisé ASIP, doit transmettre le % de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné (données accessibles par requête du système d'informations ASIP)
DEROGATION	DETAIL
oui	Jusqu'au 31/12/2016, la structure doit transmettre les justificatifs attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure (y compris entre médecin uniquement) et est compatible avec le DMP

PARTICULARITES

Cet indicateur est un pré-requis avec :

- une partie fixe représentant un nombre de points de 850

et

- une partie variable pouvant représenter un nombre de 1500 points (pour une patientèle de référence de 4 000 points).

L'attribution des points n'est possible que si les 2 parties sont atteintes par la structure. Ces deux parties ne sont pas dissociables.

La rémunération est au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'informations.

CONTENU ET PRECISIONS

Pour permettre aux structures de s'adapter, il a été acté une réalisation en 2 étapes :

- **Jusqu'au 31/12/2016**, l'indicateur est considéré atteint dès lors que la structure se dote :
 - d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure (même s'il est partagé uniquement entre les médecins de la structure) et compatible avec le DMP, **ou bien**
 - d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé (niveau 1 ou 2).
- **A compter du 1er janvier 2017**, pour remplir cet indicateur, la structure doit :
 - avoir mis en place un système d'information pluri-professionnel labellisé a minima niveau 1 par l'ASIP santé. **et**
 - les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient ;
La valorisation est fonction de la part de patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Cette part doit atteindre :
 - 33% la 1^{ère} année suivant la mise en place du logiciel
 - 66% la deuxième année.

LES QUESTIONS ET LES REPONSES LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

Comment identifier les logiciels labellisés ASIP mentionnés dans le règlement arbitral ?

La liste des logiciels labellisés mentionnés dans le règlement arbitral est accessible sur le site de l'ASIP avec mention du niveau du label et des professions concernées au lien suivant : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>).

Comment identifier les logiciels compatibles DMP permettant d'atteindre l'indicateur durant la période dérogatoire (2015 et 2016) ?

La liste des logiciels compatible DMP est accessible sur le site de l'ASIP au lien suivant : <http://www.dmp.gouv.fr/dmp-compatibilite>

FICHE INDICATEUR

10. AXE 3 – SYSTEME D'INFORMATION

1 - système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé niveau 2
100 points

CARACTERISQUE

TYPE D'INDICATEURS

OPTIONNEL

Type de points	Nbre de points	Valeur du point	Rémunération maxi possible
Fixe	100 points	7 euros	700 euros

PIECE JUSTIFICATIVE	DETAIL
oui	La structure doit transmettre : <ul style="list-style-type: none">• Une copie des bons de commandes de logiciels, des factures de logiciel• ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location<ul style="list-style-type: none">○ Attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2• La date d'acquisition de l'équipement doit figurer sur ces justificatifs
	La structure, dès lors qu'elle est équipée du système labellisé ASIP, doit transmettre le % de patients de la structure pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné (données accessibles par requête du système d'informations ASIP)

CONDITIONS DE PAIEMENT DE LA REMUNERATION

- Vérification de l'atteinte de l'indicateur au regard des pièces justificatives
- La rémunération est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information

PARTICULARITES

Cet indicateur est optionnel :

La rémunération est au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'informations.

CONTENU ET PRECISIONS

Pour permettre aux structures de s'adapter, il a été acté :

- **Jusqu'au 31/12/2016**, l'indicateur est considéré atteint dès lors que la structure se dote :
 - d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels de santé de la structure (même s'il est partagé uniquement entre les médecins de la structure) et compatible avec le DMP,
ou bien
 - d'un système d'information pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé (niveau 1 ou 2).

- **A compter du 1er janvier 2017**, pour remplir cet indicateur, la structure doit :
 - avoir mis en place un système d'information pluri-professionnel labellisé a minima niveau 2 par l'ASIP santé.
 - et**
 - les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient ;
La valorisation est fonction de la part de patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Cette part doit atteindre :
 - 33% la 1^{ère} année suivant la mise en place du logiciel
 - 66% la deuxième année.

LES QUESTIONS ET LES REPONSES LES PLUS POSEES = voir également la FAQ

Comment identifier les logiciels labellisés ASIP mentionnés dans le règlement arbitral ?

La liste des logiciels labellisés mentionnés dans le règlement arbitral est accessible sur le site de l'ASIP avec mention du niveau du label et des professions concernées au lien suivant : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>).

Comment identifier les logiciels compatibles DMP permettant d'atteindre l'indicateur durant la période dérogatoire (2015 et 2016) ?

La liste des logiciels compatible DMP est accessible sur le site de l'ASIP au lien suivant : <http://www.dmp.gouv.fr/dmp-compatibilite>