

Création par : L.PANTANI - Referis Date : 11/02/2014	N° de version : 0 Date : 11/02/2014
Validation par Date :	Validation par Date :
Nombre de pages : 4	Mots clé : Option de Coordination

Fiche pratique d'aide à la mise en place de l'option de coordination des soins médicaux

Objectifs de la procédure

- Définir les engagements du Centre de Santé optant
- Décrire de manière pratique les étapes de mise en place de l'option de coordination
- Décrire la contrepartie financière versée au Centre de Santé optant

Engagements du Centre de Santé optant

Les centres de santé médicaux, polyvalents, dentaires et infirmiers sont susceptibles de mettre en place, du fait même de leur structure, une organisation spécifique capable d'assurer la coordination des soins, élément essentiel de l'amélioration du système de soins.

[L'accord national de 2003](#), destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie, propose aux centres intéressés par la démarche de souscrire à une option de coordination.

Le centre de santé veillera à assurer à terme la meilleure cohérence entre les outils des différentes options. Le Centre de Santé optant doit répondre à une organisation spécifique sur les points suivants :

- prise en compte par le centre de santé de la désignation par l'assuré d'un médecin généraliste coordinateur ;
- mise en place d'un document médical de synthèse pour tous les assurés adhérant à l'option ;
- participation à la permanence et à la continuité des soins ;
- mise en place d'un système de réponse concernant les demandes de visites à domicile ;
- développement d'une approche globale du patient intégrant la prévention ;
- élaboration d'un plan de soins pour les malades en ALD ;
- mise en place d'un document de liaison que les parties signataires définiront ultérieurement dans le cadre d'un avenant à l'accord

Les conditions d'organisation et de coordination des soins relèvent de la responsabilité du gestionnaire du centre de santé. Ce dernier doit s'assurer que les conditions pratiques d'organisation du centre permettent de respecter l'ensemble des dispositions énoncées ci-dessus ainsi que le cadre fixé par la charte d'organisation présentée en annexe.



Contrepartie financière versée au Centre de Santé optant

L'option de coordination ouvre droit à la perception d'une rémunération forfaitaire annuelle par patient. Elle est versée par la caisse de la circonscription dans laquelle le centre de santé est situé.

Cette rémunération est fixée à : 46 EUR.

46 euros et s'effectue par moitié au moment de l'adhésion du patient et par moitié à l'issue de la période d'un an à condition que celle-ci soit toujours effective à cette date.

Pour les années suivantes, le forfait est versé de manière identique en deux fois en renouvelant l'adhésion, à condition que le patient soit toujours adhérent et respecte les conditions de cette adhésion.

Procédure

Thème	Actions
Demande de dossier	Remplir le formulaire d'adhésion mis en annexe de l'accord national de 2003.
	Signer et faire signer le représentant de la commune.
	Envoyer le formulaire à la CPAM de la circonscription.
	Sans réponse de la CPAM dans les quinze jours qui suivent l'envoi, l'adhésion est réputée acquise.
Adhésion des patients	Préparer un document expliquant aux patients les droits et engagements relatifs à l'adhésion
	Se procurer les formulaires d'adhésion fournis par la CPAM.
	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients n'ayant pas choisi leur médecin traitant dans le centre : proposer au patient de choisir un médecin traitant dans le centre en expliquant la démarche et l'intérêt de l'adhésion et définir le nom de ce médecin. Pour les patients ayant un médecin traitant dans le centre : expliquer les intérêts de l'adhésion, permettant ainsi un financement de la coordination entre les différents praticiens.
	Faire signer trois exemplaires du formulaire au patient adhérent.
	Apposer le nom du médecin coordonnateur et faire signer le dossier d'adhésion par un représentant du centre.
	Envoyer un exemplaire du formulaire à la CPAM, le premier envoi doit comporter 150 dossiers minimum. Il n'y a pas de règles pour les envois suivants.

Thème	Actions
Organisation de la coordination des soins	Mettre en place un dossier médical de synthèse incluant les informations générales relatives à l'état de santé du patient ainsi que des informations sur ses vaccinations, sa situation par rapport au dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables et les ALD le cas échéant, décrites en ANNEXE 1 du présent document.
	Organiser le partage et l'accessibilité de ce dossier entre les praticiens du centre (DPI, serveur partagé, fiche papier).
	Dans tous les cas engager une démarche d'informatisation du dossier patient dans le centre à court ou moyen terme.
Organisation de la permanence et continuité des soins	Permettre à tout adhérent à l'option de bénéficier de consultations médicales durant les heures d'ouverture du centre à chaque fois que son état le justifie (<i>Consultations à domicile par un médecin du centre ou redirection du patient vers un service extérieur</i>).
	Formaliser une communication de l'offre de soins interne et environnante de manière à assurer à tout adhérent à l'option une réponse adaptée à ses besoins pendant et en dehors des heures d'ouverture du centre et notamment les structures de garde et/ou d'urgence (<i>sur les ordonnances, affichage en salle d'attente et en extérieur, brochure d'information, répondeur téléphonique</i>)
Santé Publique, Dépistage et prévention	Organiser l'activité de manière à permettre la participation de l'équipe médicale à des actions de prévention et de dépistage (<i>exemples : Octobre Rose, campagne de vaccination gratuite, etc.</i>).
	Organiser l'activité de manière à permettre à tout adhérent de bénéficier des actions de prévention et de dépistage organisées par le centre à chaque fois que son état le justifie. La participation à ces actions fait l'objet d'un suivi personnalisé dans le dossier médical de synthèse.
Formation et évaluation des pratiques	S'assurer que les praticiens coordinateurs participent au dispositif de Développement Professionnel Continu. Ce dispositif ayant remplacé la FPC (Formation Professionnelle Conventionnelle) et l'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) depuis 2013, l'engagement présenté dans l'article 6 de la charte d'organisation des Centres de Santé optant (ANNEXE II) se voit rempli par la bonne gestion interne du DPC.
	Organiser des réunions interprofessionnelles au sein du Centre de Santé sur des thèmes relatifs à la prévention, au dépistage et à la Santé Publique en général.
Réalisation du Rapport d'activité	Réaliser un rapport d'activité intégrant les informations de l'ANNEXE 2 du présent document.
	Remplir le formulaire de déclaration du respect des engagements relatifs à l'option de coordination mis en annexe de l'accord national de 2003.
	Transmettre à la CPAM de la circonscription le rapport d'activité et le formulaire à l'issue d'une période de un an.
Renouvellement de la demande	Remplir le formulaire de demande de renouvellement de l'adhésion mis en annexe de l'accord national de 2003.

Annexe 1 : informations de suivi à intégrer dans le dossier patient

Informations relatives à la clientèle du centre :

- Sexe
- Age
- Activité professionnelle
- Couverture sociale (Régime, CMU, CMUC, Couverture complémentaire, exonération TM)
- Principaux antécédents personnels et familiaux
- ALD, invalidité, affectation donnant lieu à un suivi actuel (inclure les formulaires de prise en charge le cas échéant)
- vaccinations
- Situation par rapport au dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables, ALD exonérantes
- Raison de la venue
- Origine (circonscription ou pas)

Annexe 2 : informations nécessaires à l'établissement du rapport d'activité

1. La patientèle :

- nombre de passages ;
- nombre de passages/nombre d'heures ETP ;
- caractéristiques : sexe, âge, régime, CMU, CMUC, couverture complémentaire, exonération TM, ALD, invalidité
- Origine géographique : de la circonscription/hors circonscription.

2. Personnel :

- Personnel médical et paramédical :
 - répartition par spécialité ;
 - nombre d'actes et nature des actes ;
 - effectif, dont ETP ;
- Personnel administratif :
 - répartition ;
 - effectif, dont ETP.

3. Activité du centre de santé :

- heures d'ouverture ;
- actions de prévention (hors option) ;
- présence d'une antenne sociale ;
- actions de formation ;
- actions de recherche ;
- autres activités ;
- actes effectués : nombre d'actes et répartition par spécialité et lettre clé, coefficient moyen par acte.

4. Moyens techniques mis en place par le centre de santé :

- locaux, superficie ;
- nombre de fauteuils dentaires ;
- matériel de radiologie ;
- matériel bureautique utilisé ;
- état des lieux sur les moyens de décontamination, de stérilisation ;
- moyens mis en place pour la récupération des déchets ;
- autres moyens médicaux éventuellement utilisés.

5. Centres de santé optants :

- Nombre d'assurés optants ;
- Participation aux thèmes de prévention spécifiques à l'option ;
- Intégration du centre de santé dans le dispositif d'astreinte (lorsqu'il sera mis en place) ;
- Intégration du centre de santé dans le dispositif de régulation de l'offre ambulatoire (lorsqu'il sera mis en place).

6. Dépenses et recettes :

- Montant des dépenses :
 - liées au personnel médical et paramédical ;
 - liées au personnel administratif ;
 - montant total des autres dépenses.
- Montant des recettes :
 - perçues au titre des remboursements effectués par les organismes de sécurité sociale ;
 - en provenance des assurés :
 - au titre du ticket modérateur ;
 - au titre des dépassements ;
 - au titre des actes hors nomenclature ;
 - subvention des organismes de sécurité sociale ;
 - montant total des autres recettes