Sécurité sociale dans les mines **DIRECTION NATIONALE** **DU PILOTAGE ET DE LA PERFORMANCE** **DE L'OFFRE DE SANTE** **------** **DEPARTEMENT OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE**	**Note de présentation de l'accord national des centres de santé**

La présente note décrit les axes, objectifs et conséquences du nouvel accord national des centres de santé signé entre l'UNCAM et les organismes gestionnaires des centres.

PARTIE 1 – Genèse de l'accord

I. Historique des négociations

II. Philosophie de l'accord

PARTIE 2 – Financements des centres de santé prévus par l'accord national

III. Rappel des financements de l'actuel accord national signé en 2003

IV. Financements du nouvel accord national signé le 8 juillet 2015

II.A. Les rémunérations transposées du règlement arbitral : l'Accessibilité, l'Organisation et la Coordination des soins en centre de santé (AOC)

II.A.1.La catégorisation des centres de santé et définition des blocs de l'AOC
a) Les centres de santé
b) Définitions des blocs communs de rémunération
1) Le bloc commun principal (critères socles et optionnels)
2) Le bloc commun complémentaire (critères optionnels)
c) Modalités de rémunération

II.A.2. Centres de santé médicaux et polyvalents
II.A.3. Centres de santé infirmiers
II.A.4. Centres de santé dentaire

II.B. Les rémunérations transposées des dispositifs conventionnels des professionnels de santé libéraux à la pratique en centre de santé

II.B.1. Dispositif centre de santé « médecin traitant »
II.B.2. Rémunération sur objectifs de santé publique
II.B.3. Contrats incitatifs

II.C. Les autres rémunérations complémentaires

II.C.1. Contrat d'accès aux soins dentaire (CASD)
II.C.2. Les dispositifs de rémunération dont bénéficient déjà les centres de santé

II.D. Les mesures transitoires mises en place

PARTIE 3 – Gestion des échanges avec l'assurance maladie et la vie conventionnelle

I. Gestion des échanges avec l'assurance-maladie (titre 3- article 30 à 46)

II. La vie conventionnelle

II.A. La commission paritaire nationale (CPN) – article 54

II.B. Les commission paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD) – article 55

PARTIE 4 – La mise en application de l'accord pour les centres de santé miniers

I. Les impacts du nouveau dispositif sur le mode d'organisation des centres de santé miniers

I.A. La taille critique

I.B. La coordination médecin généraliste / paramédicaux

I.C. Les systèmes d'informations

II. L'impact sur la rémunération des professionnels de santé

III. La mise en œuvre des actions

Annexe 1 - Modalités de santé publique – Bloc commun principal

Annexe 2 - Modalités de santé publique – Bloc commun complémentaire

Annexe 3 - Accord National des centres de santé

1ère PARTIE – Genèse de l'accord national

L'UNCAM et les organismes gestionnaires des centres de santé ont entamé en mai 2014 des négociations en vue de rénover l'accord national des centres de santé du 19 avril 2003, conclu pour une durée de 5 ans et reconduit tacitement en 2008 et en 2013.

I. Historique des négociations

Fin 2012, dans la perspective de la renégociation de l'accord national de 2003, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a été missionnée par la Ministre de la santé pour « faire le point sur la situation des centres et soumettre des propositions concrètes pour leur évolution, tant en ce qui concerne les conditions de leur équilibre économique qu'en matière de services aux patients ou de gestion des structures ». Le rapport de l'IGAS, rendu en juillet 2013, souligne que les centres de santé sont une réponse aux attentes des patients, des pouvoirs publics, des professionnels de santé et aux impératifs de la médecine moderne avec :

- **une garantie d'accès géographique, financier et social à des soins ambulatoires de proximité** : présence médicale multi-professionnelle notamment dans des zones urbaines défavorisées et sensibles, accès social et financier aux soins,
- **un mode d'exercice attractif pour les professionnels de santé** : demande de travail en équipe, refus de la charge administrative, recherche de diversification des activités (actions de prévention et d'éducation à la santé), attrait du salariat,
- **une organisation de soins adaptée aux nécessités du système de santé** : la coordination des soins, une participation à la politique de santé publique, la permanence des soins.

Enfin, la Stratégie nationale de santé (SNS), présentée en septembre 2013, a recommandé de « *favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaires* » et la Ministre de la santé a exprimé son souhait d'augmenter la part de la rémunération forfaitaire dans le financement des centres de santé par l'Assurance Maladie, afin d'encourager la prévention et le travail en équipe.

Les organismes gestionnaires des centres de santé ont également participé aux discussions engagées à la même époque par l'UNCAM avec l'ensemble des organisations syndicales des professions de santé en vue de définir un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité, afin de pérenniser l'ENMR (expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération) qui finançait à titre expérimental depuis 2008 –sous forme d'appel à projets lancés par les ARS- le travail de coordination des équipes en maison, pôles et centres de santé.

Après l'échec des négociations sur l'ACI, un règlement arbitral permettant de pérenniser cette rémunération du travail en équipe a été approuvé par arrêté ministériel du 23 février 2015.

Après une parenthèse de plusieurs mois, les négociations entre l'UNCAM et les organismes gestionnaires des centres de santé ont repris en mars 2015, sur la base du point d'étape conclu le 12 novembre 2014, et ont abouti à un projet d'accord signé le 8 juillet 2015.

II. Philosophie de l'accord

Le principe qui sous-tend l'accord **est une volonté de rénover, conforter et de renforcer l'intervention des centres de santé dans l'offre de soins de proximité afin :**

- d'offrir des nouveaux services aux patients en mettant à profit le travail d'équipe
- de renforcer l'accès aux soins
- de valoriser la qualité et l'efficience des pratiques médicales.

L'enjeu est de permettre aux centres de santé de contribuer, selon leur modèle spécifique, à une offre de soins de proximité, avec une qualité et une efficience de prise en charge des patients comparable aux autres formes d'exercice tout en confortant leurs apports spécifiques.

Ce modèle permet de diversifier et d'enrichir l'offre de soins ambulatoire de premier recours, par une approche différente du modèle libéral.

L'accord reconnait la spécificité des centres de santé dans la prise en charge globale du patient incluant une approche de promotion individuelle et collective de la santé avec un contenu social permettant d'apporter notamment une réponse:

- à la demande de certaines populations de patients (populations fragiles et précaires)
- à la demande d'un mode d'exercice salarié et coordonné qui séduit certains professionnels de santé
- aux besoins de certaines zones fragiles et en difficulté en matière de recours aux soins

La plupart des centres comprennent une offre pluri-professionnelle qui constitue un atout pour la mise en œuvre d'actions coordonnées multidisciplinaires des acteurs tant internes qu'externe.

L'accord instaure un nouveau mode de rémunération forfaitaire de l'activité des centres de santé, adapté à leurs spécificités en termes d'accessibilité, d'organisation et de coordination des soins.

Sont ainsi valorisés les critères de service rendu aux patients en matière d'accueil, de disponibilité et d'orientation dans le parcours de soins avec une rémunération complémentaire pour les populations fragiles et précaires prise en charge.

Par ailleurs, les dispositions conventionnelles prises entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels de santé libéraux pourront ainsi être transposées rapidement aux centres de santé « médecin traitant », comme par exemple :

- Les rémunérations sur les objectifs de santé publique
- La rémunération spécifique annuelle pour un patient en ALD, forfait médecin traitant,
- Le contrat incitatif pour l'installation ou le maintien en zone déficitaire…

Le centre de santé est aussi valorisé dans la diversité de services de soins offerts par la multiplicité des professions de santé dit « de second recours » qui exercent au sein ou hors du centre de santé.

Enfin, il faut souligner que la spécificité des centres de santé dans leur apport sur les métiers infirmiers et dentaires en matière d'accessibilité est renforcée avec notamment le « contrat d'accès aux soins dentaire » (CASD).

Ce contrat permet aux centres de santé qui s'engagent sur la régulation des taux de dépassement des soins prothétiques et orthodontiques d'avoir droit à une compensation sur les activités de soins conservateurs et chirurgicaux.

2ème PARTIE – Financements des centres de santé prévus par l'accord national

Conformément à leurs missions définies à l'article L.6323-1 du code de la santé publique, les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins, mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.

I. Rappel des financements de l'actuel accord national signé en 2003

Les centres de santé, qui relèvent d'un conventionnement avec l'assurance-maladie, bénéficient à ce jour des financements suivants :

- ✓ L'application des tarifs conventionnels : les honoraires et tarifs sont conformes à ceux fixés par les conventions nationales signées avec les professionnels de santé libéraux et les centres s'engagent à respecter l'ensemble des obligations qui découlent de l'application de ces conventions. Ils ont la possibilité de pratiquer des actes hors nomenclature mais, sauf exception, s'engagent à ne pas développer une pratique exclusivement centrée sur les actes hors nomenclature,
- ✓ Une transposition adaptée des aides spécifiques (aide forfaitaire à l'informatisation ; formation professionnelle…),
- ✓ La prise en charge partielle des cotisations sociales par l'assurance maladie (11,5 % des cotisations patronales),
- ✓ La participation de l'assurance maladie au financement des actions de prévention,
- ✓ Une option de coordination (facultative) propre aux centres de santé. Cette option de coordination, qui nécessite une adhésion du centre, est versée selon le type d'activités du centre :
    - o Pour les centres médicaux et polyvalents, l'option de coordination (mise en place préalablement au dispositif du médecin traitant) prévoit le choix par l'assuré d'un médecin généraliste coordonnateur qui gère son dossier médical de synthèse (comprenant un plan de prévention personnalisé, un plan de soins pour les malades en ALD et une participation à la continuité des soins). En contrepartie le centre perçoit une rémunération forfaitaire annuelle de 46 € par patient adhérent à l'option de coordination, versée pour moitié à l'adhésion, pour l'autre moitié à l'issue d'une année.
    - o Pour les centres dentaires, l'option conventionnelle prévoit un dispositif similaire avec bilan bucco-dentaire, plan de prévention personnalisé et bilans périodiques. La rémunération forfaitaire est de 50 € par patient adhérent pour la première année et 30 € pour les années suivantes.
    - o Pour les centres de soins infirmiers, l'option conventionnelle implique une coordination entre infirmières (cahier de transmission, réunions mensuelles..), une contractualisation avec l'offre de soins externe (HAD, SSIAD, hôpital de proximité..) et une participation à des actions de formation continue. La rémunération annuelle est proportionnelle au nombre de professionnels salariés et varie de 7 622€ (pour moins de 4) à 19 391€ (à partir de 10 salariés ETP).

En contrepartie de ces financements, les engagements des centres de santé comprennent :

- ✓ une obligation de dispense d'avance des frais

- ✓ la transmission électronique des feuilles de soins
- ✓ le respect des honoraires et tarifs fixés par les conventions nationales[1]
- ✓ le respect du libre choix du patient dans l'accès aux soins
- ✓ la non sélection des assurés quelles que soient les modalités de leur prise en charge.

II. Financements du nouvel accord national signé le 8 juillet 2015

Le nouveau dispositif de rémunération des centres de santé met fin aux options de coordination mises en place en 2003.

Pour la partie médicale, l'UNCAM a considéré en effet que la fonction de médecin généraliste coordonnateur n'avait plus lieu d'être car elle se superpose au dispositif de médecin traitant, autour duquel s'articule le parcours de soins coordonné, introduit par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Par ailleurs, la convention médicale de 2011 a conforté le rôle du médecin traitant en généralisant des indicateurs de prévention, de suivi des pathologies chroniques, d'efficience de la prescription et d'informatisation des cabinets.

II.A. Les rémunérations transposées du règlement arbitral : l'Accessibilité, l'Organisation et la Coordination des soins en centre de santé (AOC)

II.A.1. La catégorisation des centres de santé et définition des blocs de l'AOC

a. Les centres de santé

L'accord redéfini le centre de santé et ses missions fondamentales d'offreur de soins primaires. Il acte la définition des centres de santé répartie selon leur activité (article 3):

- **Centre de santé médical :** centre composé de médecins
- **Centre de santé polyvalent** : centre de santé combinant médecins et auxiliaires médicaux et/ ou une autre profession médicale (sage-femme ou chirurgiens-dentistes)
- **Centre de santé infirmier :** centre ayant une activité dominante de soins infirmiers (80 % des honoraires)
- **Centre de santé dentaire** : centre ayant une activité dominante de soins dentaires (80 % des honoraires)

Il ressort cependant que pour les centres de santé polyvalents, l'esprit de l'accord place **le médecin généraliste comme pivot de la coordination**.

L'accord se divise en un « **bloc commun »** et un « **bloc complémentaire** » déclinés chacun pour les trois catégories de centres de santé. En effet, les centres de santé médicaux et polyvalents sont considérés comme faisant partie d'une seule et même catégorie.

Pour chaque catégorie de centre, sont déclinées les dispositions communes et spécifiques qui leur sont applicables ainsi que la rémunération qui y est attachée.

b. Définition des blocs communs de rémunération

1) Le bloc commun principal (critères socles et optionnels)

Les engagements du bloc commun reprennent les modalités du règlement arbitral en termes d'accès aux soins, d'organisation du travail en équipe et de développement des systèmes d'information. Ils

[1] Article L.162-32 du CSS

constituent des « critères socles » considérés comme des prérequis pour permettre l'ouverture d'un droit au versement d'une rémunération (Art. 5).

Ces engagements obligatoires sont de plus complétés par des engagements optionnels qui sont facultatifs et permettent de donner lieu à des rémunérations complémentaires.

Chaque engagement obligatoire est composé de plusieurs critères selon le type de centres de santé.

Certains engagement font cependant l'objet de mesures transitoires destinées à permettre aux centres de se mettre en conformité avec les prérequis. Les rémunérations sont alors proratisées en fonction du niveau de réalisation de l'engagement.

2) Le bloc commun complémentaire (critères optionnels)

Ce bloc est exclusivement composé d'engagements optionnels, plus spécifiques aux centres de santé, qui viennent compléter les dispositions du bloc principal. Il s'agit d'objectifs d'organisation, de qualité de service (démarche qualité des pratiques coordonnées) et de mise en place de procédures et d'accompagnement médico-social des populations vulnérables (Art. 9).

c. Modalités de rémunération

Les rémunérations de l'accord national étant conditionnées à l'atteinte des objectifs (critères socles ou optionnels), les centres de santé s'engagement à transmettre tous les justificatifs attestant de la réalisation des objectifs de l'année N -1 (art. 17).

Les versements seront effectués par chaque CPAM, au plus tard le **30 avril** de l'année suivante (art. 18).

II.A.2. Centres de santé médicaux et polyvalents

Chaque centre de santé peut prétendre à une rémunération totale maximum de **8 911 points** (article 15.1 et 16.1), soit **62 377 €** sans minimum d'ETP exigé pour la réalisation des critères des deux blocs. A cela, s'ajoute éventuellement les rémunérations supplémentaires pour les centres ayant une forte activité infirmier et / ou dentaire ainsi que la majoration « public précaire ».

La rémunération des centres de santé médicaux sur les parts variables est calculée sur **une file active moyenne de 4 000 patients** définie à l'article 13.1. Les centres de santé ayant une file active inférieure verront leur rémunération proratisée.

Est comptabilisé comme patient de la file active tout patient ayant déclaré un des médecins du centre comme médecin traitant et tout enfant (de 0 à 16 ans) ayant consommé au moins 2 soins de médecine généraliste au cours de l'année de référence.

Rémunération des centres de santé médicaux ou polyvalents				Valorisation en €	Majorations
Bloc commun principal (art. 15.1 et annexe 1)	Critères socles	Part fixe	2 550 points	17 850 €	→Une majoration de 25 % « public précaire » est applicable à l'ensemble des critères (art. 15.6.1 et 15.6.4) *Taux de patients bénéficiaires CMU-C et AME*
		Part variable	2 500 points	17 500 €	
		total	**5 050 points**	**35 350 €**	
	Critères optionnels	Part fixe	1 450 points	10 150 €	
		Part variable	900 points	6 300 €	
		total	**2 350 points**	**16 450 €**	
Rémunérations supplémentaires	*Activité infirmière forte*		*425 points*	*2 975 €*	
	Activité dentaire forte		*1275 points*	*8 925 €*	
Bloc commun complémentaire (art. 16.1 et annexe 1bis)	Critères optionnels	Part fixe	875 points	6 125 €	
		Part variable	636 points	4 452 €	
		total	**1 511 points**	**10 577 €**	
TOTAL (hors rémunérations supplémentaires)			8 911 points	62 377 €	

BLOC COMMUN PRINCIPAL : CRITERES SOCLES

- **Favoriser l'accès aux soins (art. 8.1) : part fixe de 1 200 points**
  - Amplitude des horaires d'ouverture de 8h à 20h et le samedi matin: ce critère est minoré jusqu'à 360 points en cas d'ouverture inférieure à 12h / jour, si fermeture le samedi ou pendant les vacances scolaires (art.15.5)
  - Possibilité d'accès aux soins non programmés les jours ouvrés
  - Coordination interne avec un responsable identifié.
- **Favoriser le travail en équipe (part fixe de 500 points) (article 8.5.2), la concertation pluri professionnelle (part variable de 1000 points) (art. 8.3.1)** ➔ **cf. Annexe 1**
  - Mise en place de protocoles pluri-professionnels (art.8.5.2) : part fixe de 500 point
  - L'objectif de la part variable est fixé à 3 % de patients ayant donné leur consentement au partage d'informations et qui devront faire l'objet d'une réunion par mois de concertation. Une minoration de 250 points est applicable pour les centres de santé n'ayant aucun professionnel paramédical. Elle est de 150 points si le centre réalise une coordination avec des auxiliaires médicaux extérieurs.
- **Favoriser le développement des systèmes d'information (art. 8.4.1) : part fixe de 850 points et part variable de 1500 points**
  - Part fixe de 850 points sur la mise en place d'un SI répondant au cahier des charges ASIP
  - Part variable de 1500 points en fonction du nombre de patients ayant un dossier informatisé et partagé renseigné.

🏳 ***Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016*** *Le bloc commun principal est considéré comme rempli si le critère accès aux soins et le travail en équipe* ***OU*** *le critère Système d'information sont respectés (art. 14).*

BLOC COMMUN PRINCIPAL : CRITERES OPTIONNELS

- **Les missions de santé publiques (art. 8.2.1) : part variable de 700 points** ➔ **cf. Annexe 2**
  - Rémunération de 700 points sur part variable en fonction du nombre de patients inscrits pour 2 actions de santé annuelles maximum rémunérées.
- **Diversification de l'offre de soins (art. 8.5.1) : part fixe de 250 à 900 points**
  - 4 critères différents valorisés à 900 points au maximum pour les centres offrant des consultations (0,5 ETP et/ou 1 jour par semaine) d'autres spécialités médicales et paramédicales (sages-femmes, chirurgiens dentiste, kiné, médecine spécialisée…)
- **Formation des jeunes professionnels de santé (art. 8.3.2) : part fixe de 450 points**
  - 450 points pour 2 stages par an.
- **Coordination externe (art. 8.3.3.1)**
  - 200 points pour la mise en place d'une procédure de transmission de données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs au centre de santé ainsi que vers les services et établissement sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico- sociaux.

BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE : CRITERES OPTIONNELS

- **Démarche qualité (art. 9.1) : 4 niveaux permettant de cumuler de 100 à 550 points**
  - 4 niveaux cumulatifs de réalisation de la démarche qualité allant de la désignation d'un coordonnateur qualité (1er niveau : 100 points) à la certification du centre (4ème niveau : 150 points). Les 2ème et 3ème niveaux relatifs au niveau d'atteinte des critères intégrés au Plan d'Amélioration de la Qualité sont valorisés à 150 points chacun.
- **Accompagnement spécifique des publics vulnérables (art. 9.1.2) : part fixe de 100 et ou 200 points**
  - Une part fixe selon la part du public vulnérable dans la file active des médecins généralistes
    - 100 points pour un public vulnérable représentant entre 1 et 2 % de la file active
    - 200 points pour un public vulnérable représentant plus de 2 % de la file active
- **Information du public (art. 9.1.3) : part fixe de 50 points**
  - Rémunération fixe de 50 points pour un affichage sur le site Améli des horaires et modalités de consultation.
- **Télétransmission et télé services (art.9.1.4 et 16.1) : part variable de 486 points et part fixe de 75 points**
  - Télétransmission : 440 points calculés pour une moyenne de 11 ETP (médicaux et paramédicaux), proratisé selon l'effectif du centre (soit 40 points par ETP).
  - SCOR : 46 points calculés pour moyenne de 3,3 ETP para médicaux
  - Justificatif informatique attestant de l'utilisation de télé services : 75 points
- **Elaboration d'une synthèse annuelle** effectuée par chaque médecin traitant du centre (art. 9.2.1) : 150 points en part variable proratisés selon la file active de 4000 patients.

A ces deux blocs, peuvent s'ajouter **des rémunérations supplémentaires spécifiques** lorsque les activités infirmières ou dentaires du centre de santé polyvalent sont considérées comme **fortes.**

Ces rémunérations ne sont possibles que si le centre de santé a réalisé les engagements du bloc commun principal (critères socles) (art.7).

➔ La définition d'une **activité infirmière forte** est la suivante : le centre doit être composé au minimum de 4 ETP d'infirmiers représentant un nombre supérieur ou égal à la moitié des ETP des médecins généralistes en exercice. Cette rémunération ne peut donc concerner que le centre composé au minimum de 2 ETP de médecins généralistes et 4 ETP infirmiers.

Ces rémunérations spécifiques représentent un total de **425 points (2 975 €)** pour la réalisation de ces 2 critères :

- une mission supplémentaire de santé publique infirmière valorisée à 200 points (art. 8.2.2)
- un stage supplémentaire de jeune infirmier valorisé à 225 points (art. 8.3.2 al 2)

➔ Une **activité dentaire forte** est déterminée par la part des honoraires dentaires qui doivent représenter au minimum 20 % des honoraires totaux du centre de santé.

Ces rémunérations spécifiques représentent un total maximum de **1 275 points (8 925 €)** pour la réalisation des 5 critères suivants :

- une mission supplémentaire de santé publique de soins dentaires valorisée à 200 points (art. 8.2.2)
- 3 réunions de coordination organisées entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne et ou l'examen de dossiers de patients complexes valorisées à 200 points (art. 8.3.1.2)
- la coordination externe valorisée à 200 points pour un contrat passé avec un EHPAD ou établissement médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% des bilans).
- un stage supplémentaire de jeune chirurgien-dentiste valorisé à 225 points (art. 8.3.2 al 2)
- un système d'information permettant la tenue d'un dossier dentaire valorisé à 450 points en part variable (art.8.4.4)

II.A.3. Centres de santé infirmiers

Chaque centre de santé peut prétendre à une rémunération totale maximum de **3 873 points** (article 15.2 et 16.2) soit **27 111€** sans exigence d'ETP minimum. A cela peut s'ajouter la majoration « public précaire ».

La rémunération des centres de santé infirmiers sur les parts variables est calculée sur **une file active moyenne de 450 patients** définie à l'article 13.3. Les centres de santé ayant une file active inférieure verront leur rémunération proratisée.

Est comptabilisé comme patient de la file active tout patient ayant eu au moins 3 soins remboursables, facturés à des dates différentes par un infirmier du centre au cours de l'année de référence.

Rémunération des centres de santé infirmiers				Valorisation en €	Majorations
Bloc commun principal (art. 15.2 et annexe 1)	Critères socles	Part fixe	1 200 points	8 400€	Une majoration de 25 % « public précaire » est applicable à l'ensemble des critères (art. 15.6.3 et 15.6.4) *Taux de patients bénéficiaires CMU-C et AME*
		Part variable	900 points	6 300€	
		total	**2 100 points**	**14 700€**	
	Critères optionnels	Part fixe	250 points	1 750€	
		Part variable	400 points	2 800€	
		total	**650 points**	**4 550€**	
Bloc commun complémentaire (art. 16.2 et annexe 1bis)	Critères optionnels	Part fixe	800 points	5 600€	
		Part variable	323 points	2 261€	
		total	**1 123 points**	**7 861€**	
TOTAL			3 873 points	27 111€	

BLOC COMMUN PRINCIPAL : CRITERES SOCLES

Le bloc commun principal est composé de 3 engagements composés de critères obligatoires

- **Favoriser l'accès aux soins (art. 8.1.2) : part fixe de 400 points**
  - Accès aux soins programmés 24h/24 et 365 jours sur 365
  - Accès aux soins non programmés les jours ouvrés
  - Coordination interne avec un responsable infirmier identifié.
- **la concertation professionnelle (art. 8.3.1.3) : part fixe de 400 points**
  - 6 réunions par an pilotées par l'infirmier coordinateur sur l'organisation interne et les protocoles de prises en charges.
- **La coordination externe (art.8.3.3.3) : 4 critères cumulatifs (part variable de 300 points)**
  - Procédure de transmission, convention avec au moins 2 établissement sanitaires ou services médicaux sociaux, répertoire actualisé de l'offre sanitaire sociale et un retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale.
- **Favoriser le développement des systèmes d'information (art. 8.4.2) :** Part fixe de 400 points et part variable de 600 points
  - Tenue d'un dossier infirmier informatisé, structuré et partagé, utilisation de solutions mobiles d'accès pour les patients et évolutivité du dossier vers le DMP.

    Ce critère n'est pas considéré comme socle jusqu'au 1 juillet 2017 *: il est considéré comme rempli si le centre de santé dispose d'un dossier infirmier standardisé (minoration de 200 points en part fixe et 300 points en variable).*

BLOC COMMUN PRINCIPAL : CRITERES OPTIONNELS

- **Les missions de santé publiques (art. 8.2.3)** ➔ **cf. Annexe 2**
  - Rémunération de 400 points sur part variable pour des missions de relais de santé publique ou de promotion de la santé (2 actions de santé annuelles maximum rémunérées relayées par le centre) en fonction du nombre de patients ayant eu une information spécifique et individuelle.
- **Formation des jeunes professionnels de santé (art. 8.3.2)**
  - 250 points pour 1 stage par an.

BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE : CRITERES OPTIONNELS

- **Démarche qualité (art. 9.1)**
  - 4 niveaux cumulatifs de réalisation de la démarche qualité allant de la désignation d'un coordonnateur qualité (1er niveau : 100 points) à la certification du centre (4ème niveau : 150 points). Les 2ème et 3ème niveaux sont valorisés à 150 points chacun.
- **Accompagnement spécifique aux publics vulnérables (art. 9.1.2)**
  - Une part fixe selon la part du public vulnérable dans la file active des médecins généralistes
    - 100 points pour un public vulnérable représentant entre 1 et 2 % de la file active
    - 200 points pour un public vulnérable représentant plus de 2 % de la file active
- **Information du public (art. 9.1.3)**
  - Rémunération fixe de 50 points pour un affichage sur le site Améli des horaires et modalités de consultation.
- **Télétransmission et télé services (art.9.1.4 et 16.2)**
  - Télétransmission : 240 points calculés pour une moyenne de 6 ETP paramédicaux, proratisé selon l'effectif du centre (soit 40 points par ETP).
  - SCOR : 83 points calculés pour moyenne de 6 ETP paramédicaux

II.A.4. Centres de santé dentaires

Chaque centre de santé dentaire peut prétendre à une rémunération totale maximum de **3 370 points** soit **23 590€** (article 15.1 et 16.3) sans minimum d'ETP exigé. A cela peut s'ajouter la majoration « public précaire ».

La rémunération des centres de santé dentaires sur les parts variables est calculée sur **une file active moyenne de 2600 patients** définie à l'article 13.2. Les centres de santé ayant une file active inférieure verront leur rémunération proratisée.

Est comptabilisé comme patient de la file active tout patient ayant eu au moins 1 soin remboursable facturé par un chirurgien-dentiste du centre au cours de l'année de référence.

Rémunération des centres de santé dentaire				Valorisation en €	Majorations
Bloc commun principal (art. 15.3)	Critères socles	Part fixe	1 050 points	7 350€	Une majoration de 25 % « public précaire » est applicable à l'ensemble des critères (art. 15.6.1) *Taux de patients bénéficiaires CMU-C et AME*
		Part variable	450 points	3 150€	
		total	**1 500 points**	**10 500€**	
	Critères optionnels	Part fixe	750 points	5 250 €	
		Part variable	200 points	1 400€	
		total	**950 points**	**6 650€**	
Bloc commun complémentaire (art. 16.3)	Critères optionnels	Part fixe	800 points	5 600€	
		Part variable	120 points	840€	
		total	**920 points**	**6 440€**	
TOTAL			3 370 points	23 590€	

BLOC COMMUN PRINCIPAL : CRITERES SOCLES

- **Favoriser l'accès aux soins (art. 8.1.3) : part fixe de 600 points**
  - Amplitude des horaires d'ouverture de 8h à 20h et le samedi matin: ce critère est minoré jusqu'à 150 points en cas d'ouverture inférieure à 12h / jour, si fermeture le samedi ou pendant les vacances scolaires (art.15.5)
  - Possibilité d'accès aux soins non programmés les jours ouvrés
  - Coordination interne avec un responsable identifié.
- **la concertation professionnelle (art. 8.3.1.4) : part fixe de 200 points**
  - 3 réunions par an pilotées par le coordonnateur sur l'organisation interne et les dossiers de patients complexes.
- **Favoriser le développement des systèmes d'information (art. 8.4.3) :**
  - Part fixe de 250 points pour un dossier dentaire informatisé et structuré avec une évolutivité du dossier vers le DMP et la messagerie sécurisée.
  - Part variable de 450 points sur le nombre de patients possédant un dossier informatisé

BLOC COMMUN PRINCIPAL : CRITERES OPTIONNELS

- **Les missions de santé publiques (art. 8.2.4) :**
  - Rémunération de 200 points sur part variable pour des missions de santé publique ou des bilans bucco-dentaires auprès d'une population ciblée (1 action annuelle rémunérée sur le nombre de patient ayant participés).
- **Formation des jeunes professionnels de santé (art. 8.3.2)**
  - 250 points pour 1 stage par an.
- **Coordination externe (art. 8.3.3.4)**
  - 500 points en part fixe pour une contractualisation (2 contrats maximum) avec un EHPAD ou un établissement de santé ou médico-social visant à proposer un bilan bucco-dentaire à 100 % des nouveaux patients et à en réaliser au moins 80% (et réalisation d'une synthèse annuelle de ce dépistage).

BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE : CRITERES OPTIONNELS

- **Démarche qualité (art. 9.1)**
  - 4 niveaux cumulatifs de réalisation de la démarche qualité allant de la désignation d'un coordonnateur qualité (1er niveau : 100 points) à la certification du centre (4ème niveau : 150 points). Les 2ème et 3ème niveaux sont valorisés à 150 points chacun.
- **Accompagnement spécifique aux publics vulnérables (art. 9.1.2)**
  - Une part fixe selon la part du public vulnérable dans la file active des médecins généralistes
    - 100 points pour un public vulnérable représentant entre 1 et 2 % de la file active
    - 200 points pour un public vulnérable représentant plus de 2 % de la file active
- **Information du public (art. 9.1.3)**
  - Rémunération fixe de 50 points pour un affichage sur le site Améli des horaires et modalités de consultation.
- **Télétransmission et téléservices (art.9.1.4 et 16.3)**
  - Télétransmission : 120 points calculés pour une moyenne de 3 ETP de chirurgiens-dentistes, proratisé selon l'effectif du centre (soit 40 points par ETP).

II.B. Les rémunérations transposées des dispositifs des conventions des professionnels de santé libéraux

Les partenaires conventionnels ont souhaité à travers cet accord mettre en évidence la valorisation de la prise en charge des patients au sein des centres de santé ainsi que l'implication des centres de santé dans l'accès aux soins de proximité.

Il s'agit de trois dispositifs complémentaires qui sont autonomes par rapport à l'AOC et qui sont une transposition des dispositifs conventionnels existants des professionnels de santé libéraux. Cette adaptation aux centres de santé permet aux centres de santé d'accéder à trois nouvelles rémunérations.

II.B.1. Dispositif centre de santé « médecin traitant » (article 23)

Le rôle du médecin traitant, autour duquel s'articule le parcours de soins coordonné, découle de la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 aout 2004 qui a instauré ce dispositif obligatoire pour tous les assurés ou ayant droit de 16 ans ou plus.

Est désigné comme « médecin traitant » le centre de santé dont un ou plusieurs médecins ont été choisis comme médecin traitant par un patient. En effet, l'assuré garde le libre choix de son médecin traitant au sein du centre, bien que les médecins exerçant la même spécialité puissent être conjointement désignés comme « médecin traitant » (art. 23.2)

La rémunération « médecin traitant » définie à l'annexe 24 de l'accord, bénéficie donc au centre de santé pour :

- le suivi des patients en ALD (art.23.3.1) : forfait de 40€ par an et par patient.
- Les patients en suivi post ALD au sens de l'art L 322-3 du Code de santé publique (art. 23.3.2) : forfait de 40€ par an et par patient.
- Le forfait médecin traitant (FMT) pour les patients hors ALD ne bénéficiant pas du ticket modérateur (art.23.3.3) : forfait de 5 € par an et par patient.

Système dérogatoire : Le FMT est versé pour chaque patient ayant choisi un nouveau centre de santé comme « médecin traitant » lors de la 1ère année d'installation.

II.B.2. Rémunération sur objectifs de santé publique

(Article 8.2 et Annexe 5 de l'accord)

REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE (ROSP)	
Objectifs / enjeux	- Transposer les engagements de la convention médicales relatifs aux ROPS aux centres de santé, - Faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques médicales, - Optimiser et rendre efficiente les dépenses de santé. Mesurer l'implication des centres de santé dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, ainsi que dans l'optimisation des prescriptions.
Modalités d'organisation et de rémunération présentées dans l'accord	- **Rémunération versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience et concerne l'activité de l'ensemble des médecins traitants du centre de santé** dans la prise en charge globale du patient, - Le centre s'engage à fournir à la CPAM, les informations de nature déclarative nécessaires pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs, - Afin de mesurer les indicateurs relatifs à la pratique médicale, à la prévention et à la santé publique, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis ou d'une quantité minimale de boites de médicaments prescrites et remboureses. **Certains indicateurs sont des données déclaratives** de résultats de mesure ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la ROPS est conditionnée à la capacité du centre de santé de tenir à jour ces données dans le dossier patient. - Mises en oeuvre des ROPS au 1 er janvier 2016. 3 grands axes thématiques : 1) Le suivi des pathologies chroniques : le diabète, l'hypertension artérielle ; 2) La prévention : Vaccination antigripale, cancer du sein, vasolidateurs, benzodiazépines, cancer du col de l'utérus, antibiothérapie ; 3) L'efficience : antibiotiques, inhibiteurs de la pompe à protons, statines, antihypertenseurs, antidépresseurs, IEC, aspirine. L'ensemble du dispositif est fondé sur un total de 900 point soit 6 300 € pour 100% d'atteinte des objectifs.
Actions ou projets mises en œuvre par les centres de santé Filièris	Dans le cadre de la stratégie médicale nationale et du plan national de prévention et de santé publique, les CARMI en coordination et en mobilisant les professionnels des centres de santé mettent en œuvre des actions sur les thèmes suivants : - amélioration de la couverture vaccinale : antigrippe, - sensibiliser, orienter et accompagner vers le dépistage organisé des cancers (sein, utérus). Les formulaires développés sous Hellodoc peuvent favoriser la qualité et l'efficience de la pratique médicale quotidienne. Adaptation des logiciles Hellodoc et DSM Pro en cours.

II.B.3. Les contrats incitatifs

L'accord national des centres de santé prévoit la création d'une option démographique qui prend la forme de contrats incitatifs. Ces contrats incitatifs ont pour objectif l'installation et le maintien des centres de santé dans les zones géographiques « **très sous-dotées** » qui sont définies à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique (art.19).

Il existe un contrat incitatif pour chaque type de centre de santé. Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière et dentaire peuvent cumuler les contrats incitatifs.

Contrat incitatif pour les centres de santé médicaux et polyvalents pour une durée **de trois ans renouvelable** (annexe 8 de l'accord) :

- une aide à l'installation : 5 000 € par an et par ETP de médecin
- une aide à l'activité : rémunération sur la base 10 % de l'activité médicale du centre (comptabilisation des actes C et V) dans une limite de 20 000 € par an et par ETP de médecin.

Contrat incitatif pour les centres de santé infirmier pour une durée de trois ans renouvelable (annexe 11 de l'accord):

- aide à l'équipement du centre : 3 000 € par an et par ETP pendant 3 ans maximum,
- participation au financement des cotisations dues au titre des allocations familiales (art. L242-11 du CSS) sur le montant des salaires bruts de l'ensemble des ETP d'infirmiers du centre.

Contrat incitatif pour les centres de santé dentaires (annexe 14 de l'accord) comprenant deux options non cumulables :

- *Option 1 :* aide à l'équipement du centre d'un montant de 15 000 € pour une durée de 5 ans (non renouvelable pour les centres nouvellement installés).
- *Option 2 :* participation au financement des cotisations dues aux titres des allocations familiales (art. L242-11 du code de la sécurité sociale) sur le montant des salaires bruts de l'ensemble des ETP de chirurgiens-dentistes du centre pour une durée de 3 ans renouvelable.

II.C. Les autres rémunérations complémentaires

II.C.1. Contrat d'accès aux soins dentaire (CASD)

Ce contrat créé une option conventionnelle dentaire qui vise à réduire le reste à charge des patients sur les soins prothétiques et orthodontiques (article 21).

Il s'agit d'une compensation financière spécifique ouverte aux centres de santé et à tout centre ayant une activité dentaire qui s'engagent dans une maîtrise des dépassements des tarifs sur les actes de soins prothétiques et orthodontiques. Le centre de santé doit alors répondre à deux conditions cumulatives :

- Le taux de dépassement moyen du centre de santé doit être inférieur ou égal à 230 %
- Le taux de dépassement ne doit pas augmenter durant 3 ans.

L'année de référence est 2014. En cas d'un taux de dépassement en augmentation, le centre de santé a la possibilité de justifier auprès de la CPAM que cette augmentation est due à un changement de nature de l'activité en apportant la preuve que les tarifs n'ont pas évolué.

La compensation financière s'élève alors à 5 % la première année, puis 5,5 % la deuxième année, et 6 % la troisième année des honoraires sans dépassement facturés en n-1 pour les soins conservateurs et chirurgicaux.

II.C.2. Les dispositifs de rémunération dont bénéficient déjà les centres de santé

Il s'agit :

- des tarifs conventionnels fixés par les conventions nationales signées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux,
- de la prise en charge partielle des cotisations sociales par l'assurance maladie (11,5 % des cotisations patronales) telle que prévue au code de la sécurité sociale
- de la rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS au titre de la permanence des soins (art. 20.1 et annexe 18)
- de la rémunération forfaitaire « Majoration personne âgée » fixée à 5 € par consultation ou visite médicale réalisées pour tout patient âgé de plus de 80 ans (Art. 25). Les centres de santé bénéficient depuis le 1er juillet 2013 de la transposition de cette majoration d'honoraire prévue par l'avenant 8 à la convention médicale pour les médecins libéraux adhérant au contrat d'accès aux soins.

II.D. Les mesures transitoires mises en place

Pour accompagner l'extinction des anciennes options de coordination (médicales, dentaires et infirmiers) mises en place dans l'accord national du 19 avril 2003 et des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), et afin de garantir aux centres de santé une stabilité financière préservant l'équilibre de leur activité, un mécanisme transitoire d'accompagnement financier (mécanisme de compensation du différentiel entre les anciennes rémunérations et les nouvelles) des centres de santé ayant une perte nette entre les nouveaux dispositifs et les anciens est prévu (art. 18.2):

- **Article 18.2.2** : pour les options de coordination, un mécanisme dégressif sur trois ans à compter de 2016 est mis en place pour tous les centres de santé. La compensation prévue est de de 100 % du différentiel constaté pour l'année 2016 puis de 2/3 en 2017 et 1/3 en 2018.

  La base du calcul de cette compensation sera établie sur la rémunération versée à chaque centre de santé pour l'année 2014.

- Par ailleurs, **l'article 18.2.2 alinéa 5** prévoit un mécanisme spécifique qui garantit sur une durée de cinq ans à compter de 2016 que l'impact net soit au maximum une perte de 2 % des honoraires remboursables ou de 200 000 euros.

- **Article 18.2.3 :** pour les centres ayant expérimenté les nouveaux modes de rémunérations, les dispositions du règlement arbitral seront transposées (à hauteur de 50 % pour l'année 2016) sur la base des versements 2014.

3ème PARTIE – Gestion des échanges avec l'assurance maladie et la vie conventionnelle

I. Gestion des échanges avec l'assurance-maladie (titre 3 – articles 30 à 46)

La CNAMTS s'engage à accompagner la gestion du tiers-payant des centres de santé par la mise à disposition des outils et dispositifs suivants qui faciliteront les échanges entres les caisses d'assurance-maladie et les centres de santé :

- Outils d'aide à la gestion du tiers-payant
  - Mise à disposition des outils CDR « Consultation en ligne des DRoits de l'assuré » ou ADR « Acquisition des DRoits » qui permet de fiabiliser l'identification des assurés ou des bénéficiaires et de leurs droits, en l'absence de carte Vitale ou aux fins de vérification de la mise à jour de la carte, et par conséquent d'améliorer la qualité de la facturation,
  - Déploiement de la norme NOEMIE 580 pour les « retours tiers ». La CNAMTS s'engage à mettre en œuvre les évolutions de son système d'information permettant la transmission d'informations précises aux centres de santé sur les versements de rémunérations forfaitaires prévues dans l'accord national,
  - Mise en place du dispositif « Compagnon flux-tiers », outil qui permet d'adresser des messages ciblés aux professionnels de santé et aux centres de santé leur indiquant comment traiter un rejet de facturation, favorisant ainsi la qualité de la facturation et la rapidité des paiements.
- Mise à disposition de téléservices : déclaration du médecin traitant en ligne, dispositif de numérisation et de télétransmission des ordonnances (SCOR) …
- Actions d'accompagnement qui s'appuient sur :
  - Les conseillers informatiques service (CIS) des CPAM,
  - Un correspondant « centre de santé » via la plateforme téléphonique,
  - Un support d'accompagnement des centres de santé, élaboré par la CNAMTS sera mis à disposition de chaque centre de santé adhérent au nouvel accord. Il est précisé que ce support sera validé en commission paritaire nationale dès l'entrée en vigueur de l'accord national, avant sa diffusion.

II. La vie conventionnelle

Pour la mise en œuvre de l'accord et son suivi, sont mises en places des instances conventionnelles au niveau national et régional :

- une commission paritaire nationale (CPN) et son comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placé près de la CPN (CTPPN) ;
- une commission paritaire régionale (CPR) dans chaque région au sens de l'organisation des régions administratives, à l'exception de la région Ile-de-France et une commission paritaire départementale (CPD) dans chaque département de la région Ile-de- France.

II.A. La commission paritaire nationale (CPN) – article 54

Composée de 10 représentants désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord (section professionnelle) et de 10 représentants désignés par l'UNCAM (section sociale), la commission paritaire nationale a pour mission de faciliter l'application de l'accord par une concertation permanente entre l'UNCAM et les représentants des centres de santé. Elle

décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle et assure le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle.

Elle conduit ses travaux sur l'ensemble du champ conventionnel, et notamment sur :

- le suivi de l'évolution des dépenses de santé dans les centres de santé ; le suivi des études relatives à l'offre globale de soins permettant de mieux cerner les spécificités régionales ;
- la mise en œuvre de mesures favorisant le rôle des centres et facilitant leur gestion ;
- les éléments remontés des travaux du comité technique paritaire des services (CTPPN), notamment les problèmes propres à la télétransmission et à SESAM-Vitale ou aux téléservices ;
- tout problème d'ordre général soulevé par les relations entre les centres de santé et les organismes locaux d'assurance maladie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale ou départementale, afin de proposer une solution pour régler ces difficultés ;
- l'évolution des différents dispositifs démographiques ou optionnels ; t
- toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires ;
- la préparation des avenants et annexes à l'accord national, notamment dans le cadre des transpositions des dispositions conventionnelles négociées par ailleurs avec les syndicats des professionnels de santé libéraux.

II.B. Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD) – article 55

Composées à parité de 10 représentants désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord (section professionnelle) et de 10 représentants désignés par l'UNCAM (section sociale), les commissions paritaires régionales et départementales sont notamment chargées de :

- faciliter l'application de l'accord national par une concertation permanente entre les organismes locaux d'assurance maladie et les organisations représentant les centres de santé du ressort régional ou local,
- se prononcer sur les mesures à prendre à l'encontre des centres de santé qui ne respecteraient pas les obligations de l'accord national,
- suivre les questions relatives à la télétransmission et aux services,
- établir le bilan de l'application des différents dispositifs optionnels,
- suivre les rapports d'activité des centres de santé.

4ème PARTIE – La mise en œuvre de l'accord pour les centres de santé miniers

I. L'impact du nouveau dispositif sur le mode d'organisation des centres de santé miniers

Le nouveau dispositif privilégie l'exercice pluri-professionnel des centres de santé, lequel permet d'améliorer l'accessibilité aux soins, avec notamment une volonté d'avoir des centres ayant amplitude horaire importante, et de faciliter le travail en équipe des professionnels de santé.

Le niveau de rémunération du bloc commun que pourra percevoir le centre de santé dépendra du niveau d'atteinte des objectifs mesuré selon des critères ou indicateurs.

Les rémunérations pourront notamment être minorées sur les critères d'accessibilité du centre, de concertation professionnel et sur les systèmes d'informations des centres de santé infirmier (article 15.5).

I.A. La taille critique d'un centre de santé

La patientèle de référence d'un centre de santé médical ou polyvalent servant au calcul de la partie variable de la rémunération est une moyenne de 4 000 patients en file active pour la médecine générale.

Selon l'Ordre des médecins, un médecin généraliste a en moyenne nationale 1 322 patients[2]. Dès lors, seuls les centres de santé dont le modèle comprend au moins trois ETP de médecins généralistes (chacun d'entre eux devant être médecin traitant pour une comptabilisation des patients dans la file active) et d'autres activités médicales et para médicales devraient pouvoir bénéficier de l'intégralité des financements prévus par l'accord national.

A noter que :

- la file active des patients est définie de manière différente pour les activités de soins infirmiers et de soins dentaire (cf. II.A.3. et II.A.4.). Les centres de santé infirmier devront atteindre une file active moyenne de 450 patients et les centres de santé dentaires, une file active de 2 600 patients.
- pour les centres de santé polyvalents, *« lorsque les critères ou les indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs ont été respectés, des rémunérations supplémentaires fondés sur ces critères ou indicateurs, mais propres à l'activité infirmière, peuvent s'ajouter sous réserve que le nombre d'infirmières exerçant à temps plein dans le centre de santé soit supérieur ou égal à la moitié du nombre de généralistes exerçant dans le centre de santé en équivalent temps plein, avec un minimum de quatre infirmiers exerçant à temps plein »*. Ainsi, seul un centre de santé polyvalent ayant une activité infirmière forte soit 4 ETP minimum pourra prétendre à cette rémunération supplémentaire (article 7).

I.B. La coordination médecins généralistes / paramédicaux

Les centres de santé polyvalents n'employant aucun médecin généraliste se verront exclus de certains critères du bloc commun principal et complémentaire. Quant aux centres de santé n'ayant aucun professionnel paramédical, les critères de coordination interprofessionnelle seront minorés.

En effet, il n'y a pas de comptabilisation spécifique de la patientèle des médecins spécialistes (le seul critère retenu est celui de médecin généraliste et/ou médecin traitant). Les patients ne sont comptabilisés que lorsqu'ils ont déclaré leur médecin traitant dans le centre de santé.

[2] Atlas national de la démographie médicale 2015

Le médecin traitant étant dans la grande majorité des cas un médecin généraliste, tout patient qui ne viendrait que pour des consultations de médecine spécialisée ne donnera lieu à aucune comptabilisation dans le cadre de la file active (rémunérations sur part variables).

Au sens de l'accord national, le médecin généraliste reste le pilier de la coordination médical du centre de santé. La valorisation financière se fonde sur le lien entre médecins généralistes et paramédicaux.

Les spécialités dites de « second recours » ne sont valorisées que de manière complémentaire (critère optionnels de diversification de l'offre de soins) par rapport à la présence des généralistes et des infirmiers.

En ce qui concerne les rémunérations relatives à la concertation professionnelle, à titre dérogatoire, le critère est considéré comme rempli lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins mais donnera lieu à une minoration de points.

I.C. Les systèmes d'informations

Il convient de porter une attention particulièrement sur le critère d'exigence relatif aux systèmes d'information.

- ***Informatisation des dossiers médicaux, infirmiers et dentaires***

Les dossiers médicaux des patients doivent être informatisés, consultables en interne, transmissibles en externe, etc. Il s'agit de critères socles pour les 3 types de centres de santé.

Pour les centres de santé polyvalents, les systèmes d'information doivent répondre au cahier des charges ASIP et la rémunération dépendra du nombre de patients pour lesquels un dossier informatisé a été renseigné.

Une dérogation est accordée aux centres de santé infirmiers jusqu'au 1 juillet 2017. Une minoration de points (la moitié des points) sera appliquée.

Concernant les centres de santé dentaires, un dossier dentaire informatisé, consultable et transmissible est demandé.

- ***Télétransmission et utilisation de SCOR***

Des rémunérations optionnelles liées à la télétransmission et l'utilisation de SCOR pour les centres de santé polyvalents et infirmiers sont mises en place.

Pour les centres de santé dentaire, seules des rémunérations liées à la télétransmission sont mise en place.

La rémunération est de 40 points par ETP avec une rémunération maximum pour les ETP moyens suivants :

- 11 ETP (médicaux et paramédicaux) pour les centres de santé médicaux et polyvalents
- 6 ETP paramédical pour les centres de santé infirmiers
- 3,3 ETP de chirurgiens-dentistes pour les centres de santé dentaire

II. L'impact sur la rémunération des professionnels de santé

Parmi les professionnels de santé exerçant dans les centres de santé miniers, seuls les médecins généralistes bénéficient dans le cadre de leur rémunération de compléments variables en fonction de leur activité, du nombre de patients coordonnés….

La suppression du dispositif du médecin référent, introduit par l'option de coordination médicale de l'accord national du 19 avril 2003, et son remplacement par le dispositif de médecin traitant [Rémunération médecin traitant (RMT) pour les patients en ALD et Forfait médecin traitant (FMT) pour les autres patients] va impacter les modalités de rémunération des médecins généralistes prévues par la convention collective nationale des omnipraticiens du 23 janvier 2008.

L'article 21 de ladite convention dispose en effet que : *« pour les patients coordonnés (ou, lorsque le dispositif financier de rémunération des centres de santé prendra effet en la matière pour les patients en ALD), 40 % du forfait perçu par le centre de santé sont reversés au salarié, à titre de salaire brut ; il est précisé que le reversement d'une partie de la recette générée par les ALD, dans l'hypothèse où les forfaits de coordination disparaitraient au régime général, est conditionné par la perception effective de cette recette par les centres de santé ».*

Le forfait perçu par le centre de santé au titre des patients en ALD va se substituer à l'option de coordination médicale et une part de ce forfait sera reversée aux médecins généralistes du centre dans les conditions mentionnées ci-dessus.

III. La mise en œuvre des actions

Après publication de l'accord national au Journal officiel, une circulaire sera adressée à l'ensemble des CARMI. Elle rappellera que la CANSSM s'est inscrite dans le dispositif de l'accord national et que l'ensemble des centres de santé Filiéris doit adhérer à ce nouvel accord.

Il convient de mettre en place **les chantiers prioritaires suivants** pour une mise en œuvre optimale de l'accord national pour chaque centre de santé polyvalent, médical, dentaire et infirmier:

- ✓ Un état des lieux des systèmes d'informations miniers et leurs comptabilités avec les exigences de l'accord national en terme de dossier patients, de comptabilisation de la patientèle et de communication interne et externe
- ✓ Un état des lieux des actions de santé publiques existantes et des plans de prévention
- ✓ L'évaluation globale de l'impact financier du nouvel accord. Pour ce faire, une trame comparative sur les financements actuels de l'Assurance-maladie et les rémunérations auxquelles un centre de santé pourra prétendre va être réalisée

Une réunion sera organisée dans chaque CARMI incluant les services en charge de l'offre de soins ambulatoire, des actions de prévention et de santé publique et des systèmes d'informations afin d'acter d'un planning de mise en application en fonction des contraintes locales et des plans de modernisation des centres de santé.

De plus, une communication devra être formalisée auprès des professionnels de santé par chaque service territorial.

Un support d'accompagnement sur l'application des dispositions de l'accord national sera fourni à chaque centre de santé adhérent (art. 46). Ce guide méthodologique est en cours de rédaction au niveau de la CNAMTS. Dès lors, certaines modalités d'application des dispositifs de rémunération et organisation présentées dans la présente note sont susceptibles d'évoluer.

Sécurité sociale dans les mines **DIRECTION NATIONALE DU PILOTAGE ET DE LA PERFORMANCE DE L'OFFRE DE SANTE** ------ **DEPARTEMENT OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE**	**Note de présentation de l'accord national des centres de santé** **Annexe 1**

LES CENTRES DE SANTE : ACTEURS DE LA COORDINATION DES SOINS ET PROMOTEUR EN SANTE PUBLIQUE

Les partenaires conventionnels ont souhaité à travers cet accord mettre en évidence la valorisation de la prise en charge des patients au sein des centres de santé :

…« L'exercice en centre de santé est particulièrement adapté pour répondre aux exigences nouvelles et aux attentes des patients, tout au long de leur parcours de soins, facilitant ainsi la coordination des acteurs, le partage d'information et la continuité des soins… »

Ainsi, au sein du bloc commun principal, sous l'axe : Favoriser le travail en équipe / Coordination, des modalités d'organisation et d'atteinte d'objectifs sont inscrites à travers les protocoles pluri professionnels et la concertation professionnelle.

BLOC COMMUN PRINCIPAL	
Axe : Favoriser le travail en équipe / coordination	
La concertation professionnelle	
Objectifs / enjeux	- Amélioration des pratiques médicales quotidiennes afin de permettre des soins de qualité et assurer l'efficience du système, - Organiser une concertation formalisée et régulière sur les dossiers de "cas" complexes entre médecins et autres professionnels de santé du centre de santé,
Modalités d'organisation et de rémunération présentées dans l'accord	- Consentement préalable des patients nécessaire, - Organisation en moyenne d'une réunion par mois pour au moins 3%, de la patientèle du centre, (soit environ 120 patients), = ce pourcentage est pris en compte dans le calcul de la réalisation de l'objectif, - Présence obligatoire au minimum d'un médecin et d'un autres professionnels de santé (infirmièr par exemple), - Chaque dossier analysé fait l'objet d'un compte rendu informatisé intégré dans le dossier, - Différents grandes pathologies sont définies : asthme, BPCO, diabète, risque iatrogénique, insuffisance cardiaque,... *Part variable, total maximum de 1 000 points soit 7 000 €.*
Actions ou projets mis en œuvre par les centres de santé Filièris	- Des centres de santé participent actuellement à des expérimentations dans le cadre des ENMR (parcours de soins des personnes de plus de 75 ans). - Le parcours de soins et de prévention inscrits comme un des axes stratégiques de l'offre de santé est en cours de mise en œuvre à travers des parcours thématiques telles que la BPCO, le repérage de la fragilité,... - La coordination pluri-professionnelle au sein des centres de santé nécessite toutefois, d'être plus structurer.

Les protocoles pluri professionnels	
Objectifs / enjeux	- Améliorer la qualité des soins, - Permettre la coordination du travail en équipe,
Modalités d'organisation et de rémunération présentées dans l'accord	- Conformément aux recommandations de l'HAS, établir des protocoles pluri professionnelles associant au moins deux professions de santé (cf. CSP) pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies identifiées dans le cadre des concertations professionnelles (ex : asthme, BPCO, diabète, risque iatrogénique, insuffisance cardiaque,...) - Ces protocoles précisent le rôle et le temps d'intervention de chaque professionnel impliqués dans la prise en charge du patient au sein du centre et/ou au sein des partenaires présents sur le territoire, - Les engagements avec les acteurs extérieurs sont formalisés par une convention, - Les modalités de transmission des informations entre professionnels sont identifiés. *Part fixe, total de 500 points soit 3 500 €.*
Actions ou projets mis en œuvre par les centres de santé Filièris	- Des formulaires établis à partir des recommandations de l'HAS concernant le diabète, l'asthme,… sont mis à disposition sous Hellodoc. Ceux-ci peuvent faciliter la rédaction de protocoles pluri professionnelles.

Sécurité sociale dans les mines **DIRECTION NATIONALE DU PILOTAGE ET DE LA PERFORMANCE DE L'OFFRE DE SANTE** ------ **DEPARTEMENT OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE**	**Note de présentation de l'accord national des centres de santé** **Annexe 2**

LES CENTRES DE SANTE : ACTEURS DE LA COORDINATION DES SOINS ET PROMOTEUR EN SANTE PUBLIQUE

Les partenaires ont également reconnu et valoriser le rôle prépondérant des centres de santé afin de renforcer la prévention, la promotion de la santé en contribuant à l'atteinte des objectifs des projets régionaux de santé (PRS) établis par chaque ARS.

De ce fait, au sein du bloc commun optionnel, les centres de santé peuvent mettre en place au maximum deux actions de prévention et de promotion de la santé.

BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE OPTIONNEL	
Axe : Accès aux soins	
Les missions de santé publique	
Objectifs / enjeux	- Répondre et participer aux objectifs du projet régional de santé (PRS) - Mettre en œuvre des actions de prévention et de promotion et d'éducation à la santé au regard des thèmes définis au sein de l'accord national,
Modalités d'organisation et de rémunération présentées dans l'accord	- Participer ou mettre en œuvre au maximum 2 actions de prévention et de promotion et d'éducation à la santé sur les thèmes : - 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, (diabète, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ou HTA). *Part variable, total maximum de 700 points soit 4 900 €.* - Si forte activité infirmière, possibilité de mettre en place une action infirmière supplémentaire : 200 points soit 1 400 €, - Si forte activité dentaire, possibilité de mettre en place une action dentaire supplémentaire : 200 points soit 1 400 €,

Actions ou projets mis en œuvre par les centres de santé Filièris	Dans le cadre de la stratégie médicale nationale et du plan national de prévention et de santé publique, les CARMI en coordination et en mobilisant les professionnels des centres de santé mettent en œuvre des actions sur les thèmes suivants : - amélioration de la couverture vaccinale, - repérage de la fragilité chez la personne âgée et accompagnement, - éducation thérapeutique du patient diabétique. Afin que l'ensemble des centres de santé Filièris déploient de manière harmonisée et structurée ces actions, des protocoles d'organisation nationaux doivent poursuivre leurs développements en concertation entre le siège, les CARMI et les professionnels de santé.

ACCORD NATIONAL

destiné à organiser les rapports entre les Centres de santé et les caisses d'Assurance Maladie

Entre, d'une part,

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Nicolas REVEL

Et, d'autre part,

Adessadomicile Fédération nationale, représentée par Patrick MALPHETTES, président ;

La Croix-Rouge française, représentée par Jean-Jacques EDELJAM, président ;

La Fédération des mutuelles de France, représentée par Jean-Paul BENOIT, président ;

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Etienne CANIARD, président ;

La Fédération nationale des centres de santé, représentée par Richard LOPEZ, président ;

La Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, représentée par Timothy PERERA vice-président ;

L'Union nationale ADMR, représentée par Marie-Josée DAGUIN, présidente ;

L'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, représentée par Francis CONTIS, président ;

La Confédération des centres de santé et services de soins infirmiers, représentée par Bernard TALOUD, président ;

La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines, représentée par Michel BONIN, Directeur général ,

Désignées ci-après comme « les parties signataires »,

En application des articles L.162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale, sont convenues des termes de l'accord national qui suit.

Les parties signataires conviennent de la nécessité de faire évoluer la rémunération des centres de santé de manière à valoriser l'activité du médecin traitant pour son rôle de coordination des soins et de suivi des patients notamment en matière de prévention en transposant notamment les majorations prévues pour les médecins libéraux dans ce cadre et par la mise en place d'une rémunération liée à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience des prescriptions.

Moderniser et améliorer les échanges et la vie conventionnelle

Les signataires de l'accord s'engagent dans une démarche de modernisation des relations entre les centres de santé et l'assurance maladie. L'accord vise à simplifier et sécuriser les échanges, notamment dans la pratique du tiers payant tout en maîtrisant les coûts de gestion du système de soins en développant de nouveaux services en ligne et en s'engageant dans une démarche visant à la dématérialisation des échanges.

ANNEXE 5 : MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE DEFINIES EN FONCTION DES OBJECTIFS DU PROJET REGIONAL DE SANTE 8

ANNEXE 6 : MODELE-TYPE DE SYNTHESE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNERABLES 84

ANNEXE 7 : DISPOSITIF DE SCANNERISATION DES ORDONNANCES « SCOR » 86

ANNEXE 8 : CONTRAT INCITATIF DES CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS 91

ANNEXE 9 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE MEDICAUX OU POLYVALENTS 94

ANNEXE 10 : FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS 95

ANNEXE 11 : CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE INFIRMIERS 96

ANNEXE 12 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE INFIRMIERS 99

ANNEXE 13 : FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS 100

ANNEXE 14 : CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE DENTAIRES 101

ANNEXE 15 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE DENTAIRES 104

(OPTION 1) 104

ANNEXE 16 : FORMULAIRE D'ADHESION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTE DENTAIRES 105

(OPTION 2) 105

ANNEXE 17 : FICHE DE SUIVI DES ADHERENTS 106

ANNEXE 18 : MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES 107

ANNEXE 19 : MAJRATIONS SPECIFIQUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRES 108

TITRE 1 : Conforter la place des centres de santé dans les soins de proximité

Sous-Titre 1 : Dispositions générales

Article 1. Définition et rôle d'un centre de santé

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les centres de santé sont des structures sanitaires ouvertes à tous, dispensant principalement des soins de premier recours, sans hébergement.

Ils sont créés et gérés :

- soit par des organismes à but non lucratif,
- soit par des collectivités territoriales,
- soit par des établissements de santé.

Les centres de santé répondent aux attentes des patients, de l'Etat et de l'assurance maladie en matière :

- de diversité de l'offre de soins : médicale, paramédicale et dentaire parfois dans les mêmes locaux, simplifiant ainsi le parcours de soins du patient ;
- d'implantation géographique : ils constituent des réponses pertinentes pour certains territoires fragiles en termes d'accès aux soins ;
- d'accessibilité financière en appliquant, conformément à la loi, le tiers-payant, en respectant les tarifs conventionnels, et en proposant notamment des tarifs de prothèses dentaires et de soins d'orthodontie maitrisés.

Ils constituent une forme d'exercice en équipe, jugée attractive pour les professionnels de santé qui recherchent une activité dont l'organisation est favorable à la coordination des soins.

Les parties signataires souhaitent reconnaître pleinement et valoriser le rôle sanitaire et social spécifique des centres de santé dans l'offre de soins de proximité.

Article 2. Conditions d'exercice au sein d'un centre de santé

Le centre de santé s'engage, dans le respect des dispositions légales et réglementaires, à mettre en place une organisation permettant aux professionnels de santé qui y exercent de dispenser aux malades des soins de qualité et conformes aux données actuelles de la science et d'observer dans leurs actes et prescriptions, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

A ce titre, il s'engage notamment à donner les moyens aux professionnels de santé qui y exercent de remplir leur obligation de développement professionnel continu conformément à la réglementation en vigueur.

Il s'engage à respecter les textes régissant l'exercice de son activité et toutes les dispositions du présent accord.

Le centre de santé met en œuvre les mesures nécessaires au respect du présent accord par l'ensemble des professionnels de santé et du personnel administratif salariés qui y exercent.

L'exercice en centre de santé est également particulièrement adapté pour répondre aux exigences nouvelles de santé et aux attentes des patients, tout au long de leur parcours de soins, facilitant ainsi la coordination des acteurs, le partage d'information et la continuité des soins. Le développement du travail en équipe permet également de dégager du temps grâce à certaines activités mutualisées afin d'offrir de nouveaux services aux patients.

Afin d'accompagner les centres de santé et pour leur permettre de continuer à s'engager dans ce sens, un dispositif de rémunérations forfaitaires commun aux centres de santé est prévu pour valoriser l'atteinte d'objectifs définis par le présent accord, déclinés selon trois axes : l'accès aux soins, le travail en équipe et le développement des systèmes d'information.

Le rapport d'activité annuel, réalisé par le centre de santé, permet notamment de rendre compte de l'activité et des engagements de la structure dans ce cadre.

Article 5. Définition du bloc commun principal

Le premier bloc d'engagements reprend, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, les engagements et modalités de rémunération fixés par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité[1].

Ces modalités sont déclinées pour les centres de santé dentaires et infirmiers en les adaptant à leurs propres spécificités.

Ainsi, des objectifs communs visent à renforcer la coordination entre les professionnels de santé au sein du centre de santé et à l'extérieur, à améliorer l'accès aux soins des patients, tout en favorisant l'accessibilité sociale.

Enfin, le développement du système d'information des centres facilite le partage des informations entre professionnels du centre et donc la coordination et l'amélioration de la prise en charge du patient.

Des engagements socle et des engagements optionnels sont distingués.

Les engagements socle sont obligatoirement remplis pour ouvrir droit au versement d'une rémunération. Toutefois, une progressivité est prévue dans le niveau d'atteinte de certains objectifs afin de laisser aux centres un temps d'adaptation pour parvenir à leur réalisation : le prérequis est considéré comme respecté mais ouvre droit à une rémunération minorée.

Les engagements optionnels sont facultatifs et donnent lieu à rémunération lorsqu'ils sont remplis.

Des engagements optionnels spécifiques sont identifiés pour les centres de santé polyvalents à forte activité infirmière ou dentaire.

Des engagements spécifiques sont réservés aux seuls centres de santé polyvalents.

Article 6. Définition du bloc commun complémentaire

Un deuxième bloc d'engagements complète le dispositif afin de valoriser des services complémentaires dans chacun des trois axes précités.

---

[1] Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité publié au JO du 27 février 2015

Critère 2 : Possibilité d'accès à des soins non programmés chaque jour ouvré

Le centre de santé est organisé de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant, reçoivent chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés.

Critère 3 : Fonction de coordination interne

L'organisation de l'accueil, l'orientation des patients, la gestion des plannings, l'organisation des interventions, l'information des patients sur leurs droits, etc., sont confiées à un responsable identifié.

Article 8.1.2. Accessibilité des centres de santé infirmiers (critère socle)

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture et soins non programmés

L'accès à des soins prescrits est garanti 24h/24 et 365 jours sur 365 ; l'accès à des soins prescrits non programmés est assuré chaque jour ouvré dans la limite des horaires de fonctionnement du centre de santé.

Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture font l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme notamment, d'un message d'accueil téléphonique.

Critère 2 : Fonction de coordination interne

La responsabilité de l'organisation de l'accueil, l'orientation des patients, la gestion des plannings, l'organisation des interventions, l'information des patients sur leurs droits, etc…, sont confiées à un responsable identifié.

Pour la bonne mise en œuvre des engagements en termes de coordination interne et externe du centre, un infirmier identifié est spécifiquement chargé de la coordination.

Article 8.1.3. Accessibilité des centres de santé dentaires (critère socle)

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture

Les horaires d'ouverture couvrent toute la période de 8 h à 20 h en semaine, le samedi matin y compris pendant les congés scolaires, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.

Les orientations proposées aux patients en dehors de ces heures d'ouverture font l'objet d'une information claire et accessible, sous la forme notamment, d'un message d'accueil téléphonique.

Critère 2 : Soins non programmés

Les centres de santé dentaires sont organisés de telle sorte que les professionnels de santé y exerçant, reçoivent chaque jour ouvré les patients ayant besoin de soins non programmés.

Critère 3 : Fonction de coordination interne

L'organisation de l'accueil et l'orientation des patients, la gestion des plannings, l'organisation des interventions, l'information des patients sur leurs droits, etc…, sont confiées à un responsable identifié.

Article 8.3.1. La concertation professionnelle (critère socle)

Article 8.3.1.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Une concertation formalisée et régulière sur les dossiers de cas complexes (en moyenne une réunion par mois) est organisée entre médecins et autres professionnels de santé du centre de santé. Ces revues pluri-professionnelles régulières portent sur des affections pour lesquelles l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité et d'efficience.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, un compte rendu est intégré dans le dossier informatisé du patient sous une forme paramétrable permettant une requête informatique et alimente le dossier médical partagé.

Ces comptes rendus sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Dans une première étape, les thèmes suivants sont privilégiés pour cette concertation autour des dossiers des patients :

- 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 : lombalgiques, diabétiques non autonomes pour leur insulinothérapie ;
- patients polymédiqués pour lesquels le risque iatrogénique doit être reconsidéré ;
- patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés, patients poly-pathologiques, soins palliatifs, suivi post AVC.

Si le centre de santé n'est pas encore équipé du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou 2 permettant de réaliser ce suivi, dans les conditions définies à l'article 8.4.1 du présent accord, il transmet à la caisse primaire d'assurance maladie le taux de réalisation de l'objectif par voie écrite. Dès lors que le centre de santé est équipé dudit système d'information, sont transmis à la caisse primaire d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients du centre de santé ayant fait l'objet d'un compte rendu issu de ces réunions de concertation et intégré dans leur dossier informatisé.

Pour respecter cet engagement, le centre de santé doit tenir une réunion par mois en moyenne et atteindre l'objectif d'une concertation formalisée pour au moins 3% de la patientèle du centre de santé (au sens de la patientèle définie à l'article 13.1 du présent accord), sous réserve de leur consentement au partage d'information. Le taux de réalisation est calculé par rapport à cet objectif.

Les comptes rendus de réunion sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Article 8.3.1.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)

Des réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sont organisées et portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'examen des dossiers de patients complexes.

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

Les comptes rendus sont transmis au service médical de l'assurance maladie, à sa demande.

Article 8.3.1.3. Pour les centres de santé infirmiers

Ces différentes procédures sont accessibles à l'ensemble des professionnels de santé du centre de santé.

Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

Article 8.3.3.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)

Un contrat passé dans les mêmes conditions que celles définies pour les centres de santé dentaires est également valorisé.

Le centre de santé fournit une copie du contrat à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article 8.3.3.3. Pour les centres de santé infirmiers (critère socle)

Critère 1

Une procédure conforme à la réglementation en vigueur est établie pour définir les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs au centre ainsi que vers les services et établissements sanitaires ou vers les établissements et services médico-sociaux.

Critère 2

Des conventions sont signées avec au moins deux établissements sanitaires ou établissements et services médico-sociaux à des fins de partage d'information et de coordination, soit dans le cadre d'un relais de prise en charge entre les acteurs, soit pour une prise en charge concomitante. Cette coordination permet d'améliorer la prise en charge du patient et notamment les sorties d'hospitalisation.

Critère 3

Un répertoire de l'offre sanitaire et sociale de proximité est établi et actualisé régulièrement par le centre de santé.

Critère 4

Le centre de santé s'engage à informer le médecin traitant du patient lorsqu'un infirmier du centre réalise l'injection du vaccin antigrippale dans les conditions de l'article R.4311-5-1 du code de la santé publique.

Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de la mise en place de ces procédures.

Le respect de l'ensemble de ces critères ouvre droit à rémunération.

Article 8.3.3.4. Pour les centres de santé dentaires (critère optionnel)

Afin de favoriser cette mission de coordination externe, l'accord prévoit de valoriser les contrats passés entre un centre de santé dentaire et un EHPAD ou un établissement médico-social pour réaliser un bilan bucco-dentaire à chaque admission de nouveaux patients, dans la limite de deux contrats rémunérés.

Le bilan est proposé à chaque patient lors de son admission dans l'établissement. Toutefois, le patient peut choisir de faire réaliser le bilan par un chirurgien-dentiste n'exerçant pas dans le centre de santé.

Dans tous les cas, le contrat prévoit qu'au moins 80% des patients de l'établissement ont fait l'objet d'un bilan par un chirurgien-dentiste du centre de santé ou par un autre chirurgien-dentiste.

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

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Article 8.4.3. Pour les centres de santé dentaires (critère socle)

Les centres de santé disposent 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.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Article 8.4.4. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7 (critère optionnel)

Une valorisation supplémentaire est prévue pour la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré tel que défini pour les centres de santé dentaires ; ce dossier informatisé est intégré dans le système d'information partagé du centre de santé polyvalent.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel compatible avec le DMP et l'usage de messageries sécurisées, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement.

Article 8.5. Engagements spécifiques des centres de santé médicaux ou polyvalents

Ces engagements spécifiques reprennent pour les centres médicaux ou polyvalents les mêmes engagements et modalités de rémunération que ceux fixés par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité[2].

Pour la valorisation de l'activité des centres de santé, les critères suivants sont pris en compte.

Article 8.5.1 Favoriser l'accès aux soins : diversification de l'offre de soins (critère optionnel)

L'offre d'une diversité de services médicaux spécialisés et paramédicaux permet de faciliter l'accès aux soins des patients.

Plusieurs modalités peuvent être mises en œuvre comme l'organisation par le centre de santé, dans ses locaux, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, d'accès à des sages-femmes ou

[2] Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximit publié au JO du 27 février 2015.

Article 9. Bloc commun complémentaire

Article 9.1. Engagements optionnels communs à tous les centres

L'ensemble de ces engagements sont optionnels.

Article 9.1.1. S'engager dans une démarche qualité (critère optionnel)

Les représentants des centres de santé ont souhaité s'engager dans une démarche qualité des centres de santé, fondée sur l'évaluation de leurs pratiques organisationnelles, telle que décrite dans un référentiel élaboré par le Regroupement National des Organisations Gestionnaires de Centres de Santé (RNOGCS).

Cette démarche vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue de l'organisation et de la dispensation des soins dans les centres de santé. Elle vise également à contribuer à la reconnaissance de la qualité des prestations en centre de santé et à la confiance du public conformément au référentiel précité. Ce référentiel et des conseils de mise en œuvre permettant l'auto-évaluation des centres de santé ont été établis avec l'appui méthodologique de la HAS[5].

Les parties signataires souhaitent contribuer à promouvoir cet objectif par une valorisation financière progressive et cumulative selon le niveau d'atteinte des différentes étapes dans ce processus d'amélioration de la qualité des services offerts par les centres de santé.

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;

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

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

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

Les documents, le PAQ et l'attestation de certification sont transmis par le centre de santé à la caisse primaire d'assurance maladie. Chaque année, le centre de santé rend compte dans le rapport d'activité de l'état d'avancement de la démarche qualité.

Article 9.1.2. Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables (critère optionnel)

Les centres de santé ont développé de manière privilégiée une approche sociale complétant la prise en charge des soins, facilitée par la pratique du tiers payant et le respect des tarifs opposables, pour les patients en situation de précarité mais également pour les publics vulnérables. Les parties signataires soulignent, outre l'importance de prendre en charge les patients en situation de précarité tels que définis à l'article 8.6, celle d'accompagner spécifiquement les publics vulnérables.

5 HAS/RNOGCS – Référentiel d'évaluation des centres de santé - Février 2007

Technologies de l'Information et de Communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie, notamment via la télétransmission et les téléservices.

Critère 1 : Dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »

Afin de fiabiliser et de rendre rapidement opérationnelle la télétransmission des pièces justificatives dématérialisées par les centres de santé médicaux ou polyvalents ou infirmiers aux organismes locaux d'assurance maladie, les parties conviennent de mettre en place un dispositif de scannérisation et de télétransmission des pièces justificatives dématérialisées, dénommé « SCOR ».

Cette solution permet l'envoi de ces pièces justificatives selon les modalités prévues par l'article 34 du présent accord.

Dans ce cadre, les parties signataires conviennent de la nécessité, dans l'attente de la mise en œuvre de la prescription électronique, de remplacer l'envoi de la copie de l'ordonnance papier par l'envoi d'une ordonnance numérisée, télétransmise vers un serveur informatique dédié, dénommé point d'accueil inter-régimes. Elles reconnaissent cependant la nécessité de conserver des modalités de transmissions alternatives et ponctuelles de la copie de l'ordonnance sur support papier.

Les parties signataires s'accordent sur le fait que le respect des obligations décrites à l'annexe 7 du présent accord permet de reconnaître la même valeur juridique à l'ordonnance numérisée qu'à la copie de l'ordonnance papier.

La rémunération liée au respect de ce critère est fixée à l'article 16 conformément aux annexes 1 et 1 bis.

Critère 2 : Télétransmission

Les parties signataires confirment l'intérêt du processus de généralisation de l'utilisation 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.

Le critère ouvrant droit à rémunération est atteint lorsque la part d'activité en mode SESAM-Vitale sécurisé correspond au moins à 70%.

La rémunération liée au respect de ce critère est fixée à l'article 16 conformément aux annexes 1 et 1 bis.

Article 9.2. Engagements optionnels spécifiques des centres de santé médicaux ou polyvalents

L'objectif est d'encourager l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et l'utilisation des téléservices dans les échanges avec l'assurance maladie.

Le respect des critères suivants donnent lieu à une valorisation financière.

Article 9.2.1. Elaboration et mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant du centre de santé pour ses patients (critère optionnel)

Chaque médecin traitant du centre de santé élabore, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient l'ayant désigné comme médecin traitant. Cette synthèse permet de planifier la prise

Les deux niveaux d'objectifs (socle et optionnel) ouvrent droit chacun au paiement d'une rémunération fixe et d'une rémunération variable en fonction, selon le cas, de la patientèle du centre de santé ou du nombre de professionnels de santé exerçant dans le centre, calculé en équivalent temps plein (ETP).

Le caractère fixe ou variable de la rémunération est mentionné à la fin du libellé de chaque critère dans le tableau figurant aux annexes 1 et 1 bis.

Le nombre de points indiqué pour chaque indicateur dans le tableau des annexes 1 et 1 bis correspond à un taux de réalisation de 100%.

Pour certains critères, la rémunération est liée au niveau d'atteinte des objectifs fixés.

Des niveaux de rémunération intermédiaires sont fixés pour certains engagements en fonction du niveau de réalisation de l'objectif pour permettre une montée en charge progressive sur la période de référence.

La période d'observation des engagements s'effectue par année civile.

Le suivi du respect des engagements et le calcul de la rémunération sont proratisés en fonction de la date d'adhésion à l'accord au cours de l'année civile de référence.

La valeur du point est fixée à 7 € en référence aux dispositions du règlement arbitral applicable aux structures pluri professionnelles de proximité publié au journal officiel du 27 février 2015.

Article 13.1 Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents

Le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de 4 000 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie pour un centre de santé comme la somme du nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant déclaré un des médecins exerçant au sein du centre de santé comme médecin traitant (patientèle déclarante au 31 décembre de l'année de référence) et du nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecins généralistes exerçant dans le centre de santé au cours de l'année de référence.

Dans l'hypothèse d'une modification des dispositions législatives sur la définition de médecin traitant, la règle de prise en compte de la patientèle des enfants reste applicable pour le calcul de la rémunération au titre de l'année civile suivant l'année d'entrée en vigueur desdites dispositions.

Article 13.2 Rémunération variable des centres de santé dentaires ou au titre de l'activité dentaire des centres de santé polyvalents

Le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de 2 600 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie comme la somme du nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant eu au moins un soin remboursable facturé par un des chirurgiens-dentistes du centre de santé au cours de l'année de référence.

Article 15.3 Pour les centres de santé dentaires

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 2 450 points, pour une patientèle de référence de 2 600 patients telle que visée à l'article 13.2 :

- 1 500 points pour le niveau socle (critères prérequis pour déclencher la rémunération), dont 1 050 pour la partie fixe et 450 pour la partie variable (en fonction de la patientèle) ;
- 950 points pour le niveau optionnel, dont 750 pour la partie fixe et 200 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Article 15.4 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents disposant d'une activité significative de soins infirmiers et/ou de soins dentaires.

Le dispositif est complété par un nombre de points de :

- 425 points optionnels, dont 225 pour la partie fixe et 200 pour la partie variable pour l'activité infirmière des centres de santé médicaux ou polyvalents lorsque le seuil défini à l'article 7 est atteint ;
- 1 275 points optionnels, dont 625 pour la partie fixe et 650 pour la partie variable pour l'activité dentaire des centres de santé médicaux ou polyvalents lorsque le seuil défini à l'article 7 est atteint.

Article 15.5 Minoration liée à la progressivité de l'atteinte de certains critères

- Accessibilité du centre :

A titre dérogatoire, aux dipositions de l'article 8.1.1, afin que les centres de santé médicaux ou polyvalents puissent s'adapter à cet objectif de façon progressive, des amplitudes d'ouverture moindres sont également considérées comme répondant à l'objectif dans les conditions suivantes :
- une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ; une minoration de 60 points est appliquée.
- une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ; une minoration de 150 points est appliquée.
- la fermeture le samedi ; une minoration de 120 points est appliquée.
- la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année ; une minoration de 30 points est appliquée par semaine de fermeture dans la limite de trois semaines.

A titre dérogatoire, aux dispositions de l'article 8.1.3, afin que les centres de santé dentaires puissent s'adapter de façon progressive, des amplitudes d'ouverture moindres sont également considérées comme répondant à l'objectif dans les conditions suivantes :
- une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ; une minoration de 30 points est appliquée.
- une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ; une minoration de 70 points est appliquée.
- une fermeture le samedi matin ; une minoration de 50 points est appliquée.
- la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année ; une minoration de 20 points est appliquée.

- Concertation professionnelle :

A titre dérogatoire, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale, le critère « concertation professionnelle » est considéré comme rempli lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins ou entre professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) ; une minoration de 250 points est appliquée.

Article 15.6.4. Pour les trois types de centres de santé

Pour les patients bénéficiaires de la CMU-C, si le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national de 7,5%, ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national de 0,4%, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux du centre de santé en pourcentage est applicable au montant de la rémunération. La majoration appliquée est au maximum de 25%.

Article 16. Calcul de la rémunération du bloc commun complémentaire

Article 16.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 875 points en part fixe. A cette part fixe une attribution de 636 points en part variable peut s'ajouter répartie comme suit : .

- 440 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 11 ETP médicaux et paramédicaux,
- 46 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 3,3 ETP paramédicaux,
- 150 points au titre de synthèse médecin traitant calculé en fonction de la file active (au sens de l'article 13.1).

Pour les autres indicateurs du bloc commun complémentaire, la rémunération est fixe telle que décrite dans le tableau en annexe 1 bis.

Article 16.2 Pour les centres de santé infirmiers

La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 800 points en part fixe. A cette part fixe, une attribution de 323 points en part variable peut s'ajouter répartie comme suit :

- 240 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux,
- 83 points au titre de SCOR calculés sur une moyenne de 6 ETP paramédicaux.

Pour les autres indicateurs du bloc commun complémentaire, la rémunération est fixe telle que décrite dans le tableau en annexe 1 bis.

Article 16.3 Pour les centres de santé dentaires

La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 800 points en part fixe. A cette part fixe, peut s'ajouter une attribution de 120 points en part variable au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 3 ETP chirurgiens-dentistes.

Pour les autres indicateurs du bloc commun complémentaire, la rémunération est fixe telle que décrite dans le tableau en annexe 1 bis.

Article 16.4 Pour l'ensemble des centres de santé

La rémunération liée à l'accompagnement des publics vulnérables est calculée comme suit :

- 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.

Pour les options infirmières de l'accord précédent, le solde est versé en 2016 sur la base du nombre d'ETP au 31 décembre 2015.

Pour les aides pérennes à la télétransmission, le solde est versé en 2016 sur la base du nombre d'ETP au 31 décembre 2015.

Article 18.2.2. Mécanisme transitoire d'accompagnement financier

Afin de garantir aux centres de santé bénéficiant de la rémunération prévue au sous-titre 2 du titre 1, une stabilité de leur situation financière préservant l'équilibre de leur activité, les parties signataires mettent en œuvre un mécanisme transitoire d'accompagnement, dans les conditions suivantes.

Les modalités de mise en œuvre du mécanisme de compensation du différentiel entre les rémunérations issues des options du précédent accord national et les nouvelles rémunérations du présent accord national s'appuient sur les données définies comme suit.

Pour le calcul du différentiel de rémunération, sont pris en compte pour chaque centre de santé, le montant de la rémunération perçue au titre de l'ancienne option médicale, infirmière ou dentaire pour l'année 2014 comparé selon l'activité médicale, infirmière ou dentaire du centre au montant total des rémunérations perçues chaque année à savoir selon le cas, rémunération visée à l'article 13, rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), rémunérations RMT, FMT, MPA, RST, rémunérations de l'option dentaire et du contrat incitatif en matière démographique telles que définies par le présent accord.

Le centre de santé affichant un différentiel de rémunération, entre le montant des éléments de rémunération précités calculé au titre de chaque année et le montant de la rémunération perçu au titre de 2014 pour la ou les options antérieures, bénéficie :

- Au titre de 2016, du versement de 100% du montant du différentiel constaté,
- Au titre de 2017, du versement des deux tiers de ce différentiel,
- Au titre de 2018, du versement d'un tiers de ce même différentiel.

Pour le centre dont le différentiel serait, en 2017, supérieur à 2% de ses honoraires remboursables, le versement complémentaire réalisé équivaut à 2% de ces mêmes honoraires dans la limite de 200 000€. Pour ces mêmes centres, ce versement est réalisé, les années suivantes et jusqu'en 2020, selon les mêmes règles si le différentiel calculé est supérieur à 2% des honoraires remboursables.

Article 18.2.3. Cas particulier des centres de santé ayant adhéré au contrat défini dans le règlement arbitral approuvé par arrêté du 23 février 2015 et publié au Journal officiel du 27 février 2015) :

Pour le centre de santé ayant souscrit au contrat prévu par le règlement arbitral, mais adhèrant au présent accord national avant le 31 décembre 2015, la caisse primaire d'assurance maladie procède à son initiative à la résiliation du contrat prévu par le règlement arbitral conformément aux dispositions dudit réglement, avec une date d'effet au 1er janvier 2016.

Il bénéficie du solde, le cas échéant, du versement de la rémunération fixée par le règlement arbitral, versé en 2016 au titre de l'année 2015.

Au titre de 2016, le centre de santé anciennement inclus dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), et ayant souscrit au contrat prévu par le règlement arbitral et adhèrant au présent accord national avant le 31 décembre 2015, bénéficie d'un mécanisme de compensation supplémentaire par analogie aux

Le médecin salarié du centre de santé participant au dispositif est mentionné sur le tableau de permanence des soins et est inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins. Le centre de santé perçoit à ce titre une rémunération forfaitaire fixée dans le cadre du cahier des charges défini par l'ARS.

Par ailleurs, dès lors que le médecin salarié du centre de santé intervient à la demande de la régulation, le centre de santé bénéficie de majorations spécifiques pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin salarié du centre de santé de permanence reçoit le patient au centre ou qu'il effectue une visite à domicile justifiée. Le montant de ces majorations, figurant en annexe 18, est défini par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie.

Le paiement de la rémunération forfaitaire et des actes majorés s'effectue au profit du centre de santé.

Article 20.2. Permanence des soins dentaires

Le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé peut participer au dispositif de permanence des soins dentaires. La participation du chirurgien-dentiste salarié du centre de santé au dispositif de permanence des soins dentaires est formalisée par son inscription sur le tableau de permanence, établi par le conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé remplissant les engagements de la permanence des soins donne lieu à une rémunération par demi-journée d'astreinte les dimanches et jours fériés, conforme à celle prévue par la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et les caisses d'assurance maladie.

Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé de permanence s'engage à être disponible et joignable pendant les heures d'astreintes afin de prendre en charge les patients dans les meilleurs délais.

Par ailleurs, dès lors que le chirurgien-dentiste salarié du centre de santé intervient à la demande de la régulation, cette intervention donne lieu à une majoration forfaitaire spécifique par patient pour les actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires.

La nature et le montant de cette majoration correspondent à ceux définis par la convention des chirurgiens-dentistes libéraux visée à l'annexe 19.

Le paiement de l'astreinte et des actes majorés s'effectuent au profit du centre de santé au sein duquel exerce le chirurgien-dentiste.

Article 21. Favoriser l'accès aux soins dentaires

Article 21.1. Option conventionnelle de maîtrise des dépassements des tarifs des actes de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale

La promotion de la santé publique et l'égalité d'accès à des soins de qualité pour l'ensemble des concitoyens sont des priorités partagées par les parties signataires du présent accord.

A ce titre, l'assurance maladie met à disposition des centres de santé un nombre de dispositifs médicaux nécessaires à la mise en application de ces actions de prévention, conformes à l'activité des centres.

Les parties signataires s'accordent sur l'importance de l'engagement des centres de santé dans ces actions de prévention à l'instar de celles déterminées par les conventions des professionnels libéraux et déjà mises en œuvre. Il s'agit notamment des actions suivantes :

Article 22.1.1. Le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins.

Le dépistage vise à détecter le plus tôt possible le cancer afin de le traiter à un stade moins avancé et donc d'offrir de meilleures chances de guérison.

Un dépistage organisé a été généralisé depuis 2005. Il permet aux femmes de la tranche d'âge 50-74 ans de bénéficier tous les deux ans d'un examen de dépistage de qualité.

Les parties signataires s'engagent à promouvoir ce dépistage auprès des patientes des centres de santé.

Article 22.1.2. Le dépistage du cancer colorectal

Le cancer colorectal pouvant être guéri dans neuf cas sur dix lorsqu'il est détecté précocement, le dépistage de ce cancer est une priorité de santé publique réaffirmée dans le Plan Cancer 2014-2019. L'adoption en 2015 d'un test de dépistage immunologique de recherche de sang dans les selles est l'occasion de favoriser la participation au dépistage organisé, qui n'atteint jusqu'ici que 31% des personnes ciblées.

Conscientes que le médecin traitant est un acteur décisif pour une participation systématique et régulière des personnes cibles au dépistage du cancer colorectal, les parties signataires s'engagent à promouvoir ce dépistage auprès des patients des centres de santé.

Article 22.1.3. La prévention bucco-dentaire

Le programme *« M'T dents »* à destination des jeunes et le dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes entrent dans la politique de prévention défendue par les parties signataires.
Dans un souci d'amélioration de la santé bucco-dentaire et de lutte contre le recours tardif aux soins dentaires, les centres de santé participent à ces dispositifs conformément aux dispositions prévues aux annexes 22 et 23

Article 22.1.4. Les programmes de vaccination

Les centres de santé contribuent à l'amélioration de la couverture vaccinale :

- dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre la grippe saisonnière reconduite chaque année, dans tous les groupes à risque et particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans ;
- pour la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) pour laquelle l'assurance maladie prend en charge à 100 % le vaccin pour les patients, de leur naissance à l'âge de 17 ans révolus.

Article 22.1.5. Le diagnostic de l'angine (TDR)

Lutter contre le développement des résistances bactériennes et préserver l'efficacité des antibiotiques, en limitant leur prescription aux seuls cas validés par les données scientifiques, est également un objectif de santé publique majeur.

Article 22.2. Implication des centres de santé dans les futures actions de prévention

Les parties signataires s'engagent à inscrire les centres de santé dans les nouveaux dispositifs de prévention qui sont définis pour les professionnels de santé libéraux y compris dans le cadre conventionnel, par voie d'avenant au présent accord national, conformément aux dispositions législatives en vigueur.

Une attention particulière est apportée dans l'organisation des différents dispositifs afin de veiller à la bonne implication des centres de santé qui doivent pouvoir remplir leur rôle d'offreurs de soins de premier recours.

Article 23. Valoriser le rôle du « médecin traitant » dans le parcours de soins

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a instauré un dispositif reposant sur le choix par chaque assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus, d'un médecin traitant, autour duquel s'articule le parcours de soins coordonné.

La fonction de médecin traitant revêt un caractère central dans l'organisation des soins, la prévention, le suivi de la population atteinte de pathologies chroniques et plus généralement de la santé publique. C'est pourquoi les parties signataires conviennent de valoriser ce rôle dans toute la dimension de son exercice médical centré sur le service rendu au patient et de faire évoluer la rémunération des centres de santé dans lesquels exercent les médecins ayant été choisis en tant que médecin traitant.

Article 23.1. Missions du médecin traitant

Article 23.1.1. Missions générales

Les missions du médecin traitant définies par voie réglementaire sont les suivantes :

- il assure le premier niveau de recours aux soins ;
- il oriente le patient dans le parcours de soins coordonné, il informe tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- il concourt aux soins de prévention, notamment au dépistage et à l'éducation sanitaire et contribue à la promotion de la santé ;
- il contribue à l'élaboration et au suivi des protocoles de soins pour les patients atteints d'une affection de longue durée en concertation avec les autres intervenants. La rédaction du protocole est faite par le médecin traitant en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondant participant à la prise en charge du malade ;
- il favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel ;
- il apporte aux malades toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture de ses consultations.

Article 23.1.2. Suivi des patients en ALD

Pour les patients en ALD, le médecin traitant rédige conjointement avec le médecin conseil, le protocole de soins initial pour permettre la demande d'ouverture du droit conformément aux dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Le médecin traitant prend en considération dans ce cadre, l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les avancées thérapeutiques, et il s'appuie, le cas échéant, sur les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. A tout moment, le médecin traitant peut, sur son initiative, actualiser ce protocole de soins en raison de l'évolution de l'état du malade ou des avancées thérapeutiques.

s'avèrent nécessaires pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Le centre de santé met, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition du service médical de l'assurance maladie.

Le centre qui ne souhaite pas bénéficier de la rémunération complémentaire a la possibilité de notifier ce choix au moment de son adhésion au présent accord national. En cas de refus exprimé selon ces modalités, le centre renonce au bénéfice de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Ensuite, à tout moment, le centre ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de cette rémunération complémentaire peut revenir sur ce choix en s'adressant à sa caisse primaire, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 24.2. Indicateurs et objectifs de qualité et d'efficience de la pratique médicale

Afin de mesurer les indicateurs relatifs à la pratique clinique, à la prévention et à la santé publique, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis, ou d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Certains indicateurs correspondent à des données déclaratives de résultats de mesures ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la valorisation de l'activité est conditionnée à la capacité du centre de santé de tenir à jour ces données dans le dossier patient.

Pour les centres de santé ayant été déclarés comme médecin traitant, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle de tous les médecins du centre ayant été désignés comme médecin traitant à la date de mise en œuvre du dispositif et quel que soit son régime d'affiliation. Elle est réévaluée chaque année à la date anniversaire du début du dispositif.

Les parties signataires s'accordent pour faire entrer le dispositif en vigueur au 1er janvier 2016.

Les indicateurs mesurent l'implication des centres de santé dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle ainsi que dans l'optimisation des prescriptions, en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuse.

Les indicateurs sont fixés en cohérence avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales afin d'être adaptés aux données acquises de la science.

La révision ou l'inclusion de nouveaux indicateurs peut faire l'objet d'avenants au présent accord, afin de tenir compte de l'évolution des données acquises de la science, dès lors que la convention nationale des médecins libéraux est modifiée dans ce domaine.

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants.

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant ».	60%	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol sont < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant ».	80%	≥ 90%	10 patients
		Nombre de patients MT du centre diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol sont < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant ».	65%	≥ 80%	10 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
		Nombre de patients MT du centre diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT du centre diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	52%	≥ 65 %	10 patients
	Hyperte nsion artérielle	Nombre de patients MT du centre traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT du centre traités par antihypertenseurs	50%	≥ 60 %	20 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Benzodi azépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT du centre âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT du centre âgés de plus de 65 ans	11%	≤ 5 %	20 patients
	Durée de traiteme nt par benzodi azépines	Nombre de patients MT du centre ayant débuté un traitement par BZD et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT du centre ayant débuté un traitement par BZD.	13%	≤ 12 %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT du centre de 25 à 65 ans	65%	≥ 80 %	20 patientes

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	46%	≥ 70%	30 boîtes
	Antihy pertens eurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	64%	≥65%	130 boîtes
	Antidép resseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	75%	≥80%	30 boîtes
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	45%	≥65%	50 boîtes

	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demi-vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage cancer du col de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	250
Indicateurs d'efficience	Prescriptions dans le répertoire d'antibiotiques	60
	Prescriptions dans le répertoire d'inhibiteurs de la pompe à protons	60
	Prescriptions dans le répertoire de statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400

La valeur du point est fixée à 7 €.

Afin de prendre en compte le volume de la patientèle pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un centre de santé « médecin traitant » et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle, selon des modalités définies en annexe 25 (au 1.3).

Les parties signataires conviennent de soutenir l'ouverture de nouveaux centres (l'ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité) en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, selon des modalités définies en annexe 25.

Par ailleurs, les objectifs de santé publique concernant la patientèle de moins de 16 ans (par exemple la tenue du calendrier vaccinal) pourraient être définis dans une prochaine étape, de même que la possibilité d'adapter les modalités de ces rémunérations pour tenir compte des conditions d'exercice des centres de santé exerçant dans les zones urbaines sensibles.

Article 24.4. Modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque module d'indicateurs est indépendant des autres.

Article 26. Participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les partenaires conventionnels réaffirment leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses.

L'assurance maladie s'engage à mener des actions d'accompagnement auprès des centres de santé pour diffuser des outils de bonne pratique et d'efficience, tels que :

- les protocoles et référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé ou par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé;
- les référentiels de pratique médicale encadrant la prise en charge, élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, les délégués de l'assurance maladie présentent aux centres de santé dans le cadre de leur accompagnement pour favoriser l'application du présent accord, les mesures innovantes concourrant à la maîtrise des dépenses de santé.

Les centres de santé s'engagent pour leur part, à favoriser l'information des professionnels y exerçant sur les règles de prise en charge et les outils de bonne pratique portant sur certains actes, prestations ou prescriptions, notamment dans les domaines listés au présent article.

L'ensemble de ces actions devrait permettre aux centres de santé de contibuer à la maîtrise des dépenses de remboursement des actes, prestations et prescriptions, dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 26.1. Programme de retour à domicile « PRADO »

Parmi les objectifs de gestion du risque partagés entre l'Etat et l'assurance maladie, les centres de santé s'inscrivent particulièrement dans l'axe visant à favoriser le virage ambulatoire. L'objectif est de structurer la prise en charge en ville afin d'éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation, aux services d'urgence ou aux ré-hospitalisations et les séjours en soins de suite (SSR). Il s'agit de renforcer l'organisation des soins post-opératoires ou en sortie d'hospitalisation.

Ainsi, l'assurance maladie a déployé un programme de retour à domicile « PRADO » après un séjour en maternité, pour certaines interventions de chirurgie orthopédique, ou épisode hospitalier de décompensation d'une insuffisance cardiaque. D'autres situations de sortie d'hôpital intègrent peu à peu ce dispositif.

Pour chacune des situations du programme « PRADO », les centres de santé s'engagent à organiser le retour à domicile selon les protocoles établis par l'assurance maladie en lien avec les sociétés savantes et validés par la HAS et disponibles sur le site Ameli.

Les centres prennent part au programme « PRADO » en fonction des professionnels de santé y exerçant.

L'assurance maladie s'engage à intégrer les centres de santé dans les programmes PRADO existants et à venir.

Article 26.2. Généralisation des génériques

Les parties signataires s'engagent à continuer de faire évoluer les pratiques habituelles en sensibilisant d'une part, les centres de santé sur le bien fondé de la prescription de médicaments dans le répertoire des génériques et d'autre part, les patients sur l'intérêt du recours privilégié aux médicaments génériques.

TITRE 2 - MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 27. Délivrance des soins aux assurés

Article 27.1. Accès aux soins

Les parties signataires s'engagent à garantir à tous les assurés l'accès à des soins de qualité, quelles que soient les modalités de leur prise en charge.

Article 27.2. Libre choix

Les assurés et leurs ayants droit ont le libre choix entre tous les professionnels de santé exerçant ou non en centre de santé et parmi les professionnels de santé exerçant au sein du centre.

Le centre de santé vérifie que ses patients ont été informés de sa situation au regard du présent accord ainsi que des tarifs qu'il pratique.

Article 27.3. Portail internet de l'assurance maladie

Pour faciliter ce libre choix, les organismes locaux donnent à leurs assurés toutes les informations actualisées dont ils disposent sur la situation des centres de santé de leur circonscription, notamment grâce à l'accès au portail internet de l'assurance maladie, « Ameli.fr ».

Les parties signataires attachées à un meilleur accès aux soins des assurés dans le système de santé actuel s'accordent à développer les informations mises à disposition sur le site « Ameli.fr » concernant les centres de santé, telles les spécialités médicales, les horaires d'ouverture, les tarifs pratiqués pour les soins dentaires, etc.

Afin de faciliter l'accès des patients à ces informations, les centres de santé sont enregistrés sur « Ameli.fr » sous la rubrique « établissements » et sous la rubrique « professionnels de santé ».

Article 28. Application des Nomenclatures et tarifs conventionnels

Article 28.1. Nomenclature

Le centre de santé s'engage à respecter les dispositions, les libellés et les cotations définies par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou les dispositions de la classification commune des actes médicaux ou dentaires (CCAM).

Article 28.2. Informations sur les médicaments

Le centre de santé s'engage à demander à ses praticiens de se référer à l'une des bases de médicaments disponibles afin de garantir l'efficience des prescriptions médicamenteuses en privilégiant notamment la prescription de médicaments inscrits au répertoire des génériques.

Article 28.3. Tarifs

Les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions de santé représentées dans les centres, dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale et les dispositions conventionnelles

Pour les rémunérations déjà intégrées dans l'accord national, les parties signataires conviennent que leur évolution dans le cadre des conventions prévues à l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale est appliquée aux centres de santé dans les mêmes conditions qu'aux professionnels libéraux, sans négociation préalable d'un avenant à l'accord national, dès lors que les mesures ne portent que sur des revalorisations tarifaires.

Article 28.6. Utilisation des formulaires

La caisse s'engage à fournir au centre de santé des feuilles de soins d'un modèle normalisé comportant l'identification du centre de santé.

Le centre de santé s'engage à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes, sur support papier, au modèle prévu par la législation ou, à défaut, par les partenaires conventionnels.

Le centre de santé s'engage à faire figurer sur ces documents en support papier l'identification du professionnel de santé dispensateur des actes ou des prestations, conformément aux règles en vigueur. Il s'engage à ce que lors de chaque acte, le praticien ou l'auxiliaire médical qui accomplit cet acte porte sur la feuille de soins les indications prescrites et appose sa signature dans la colonne réservée à cet effet.

En cas de facturation d'actes dentaires sur une feuille de soins sur support papier, l'indication du numéro de la dent sur la feuille de soins est obligatoire. La saisie du numéro de la dent est également obligatoire sur la feuille de soins électronique en mode non sécurisé, ainsi que sur la feuille de soins papier accompagnant la feuille de soins non sécurisée.

Dans tous les cas où la réglementation prévoit l'établissement d'une demande d'accord préalable, le centre de santé veille au remplissage et à la signature des imprimés nécessaires, prévus à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la CCAM et aux textes qui pourraient s'y substituer. Il joint à cette demande l'ordonnance ou sa copie, si nécessaire.

La prestation de soins doit être mentionnée sur la feuille de soins au jour le jour, même lorsqu'il s'agit d'actes en série, en utilisant les cotations prévues à la NGAP ou à la CCAM et aux textes qui pourraient s'y substituer.

Le centre de santé est tenu d'indiquer sur la feuille de soins sur support papier ou électronique :

- le montant de la part obligatoire, faisant l'objet de l'application de la procédure de tiers payant ;
- le montant du dépassement ou des frais soumis à entente directe autorisée faisant l'objet de l'application de la procédure de tiers-payant ;
- le montant de la part complémentaire faisant ou non l'objet de la procédure de tiers-payant ;

Les parties signataires examinent dans le cadre du comité technique paritaire permanent national visé à l'article 57 du présent accord les moyens techniques permettant de faciliter la facturation des honoraires dentaires non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Pour les assurés bénéficiaires d'actes à titre gratuit, le centre de santé porte sur la feuille de soins la mention : « gratuit ».

Article 29. Rapport d'activité

Les parties signataires ont convenu qu'un suivi d'activité est indispensable à une bonne coopération entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

TITRE 3 – GESTION DES ECHANGES AVEC L'ASSURANCE MALADIE

Le versement de la part des honoraires et prestations due aux centres de santé par les organismes locaux de prise en charge est assuré par la procédure de « tiers-payant » conformément à la législation applicable aux centres de santé.

Les parties signataires considèrent que la mise à disposition du tiers-payant aux assurés constitue l'un des facteurs majeurs favorisant l'accès aux soins et contribuant à améliorer la prise en charge des patients, particulièrement lorsqu'ils se trouvent en situation de fragilité (sanitaire, sociale ou financière).

A ce titre, l'assurance maladie s'engage à accompagner et faciliter la gestion des centres de santé, par la mise à disposition d'outils et de dispositifs facilitant les échanges entres les caisses et les centres de santé.

La gestion du tiers payant légal (notamment AME, AT/MP, CMUC) suit les mêmes modalités que celles relatives à la procédure de tiers-payant applicable aux centres de santé. En outre, lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les mêmes obligations que celles relatives au règlement de la part obligatoire.

Les centres de santé s'engagent à mettre à niveau leurs logiciels pour répondre aux évolutions de la réglementation, telles que la mise en œuvre du tiers-payant intégral pour les patients bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et à terme l'ensemble des assurés.

Sous-titre 1 : les échanges électroniques

Article 30. La facturation électronique

Le centre de santé facturant en tiers-payant, sa facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en feuilles de soins électroniques (FSE), dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions du présent accord ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM -Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Article 31. L'utilisation de la carte Vitale

Le centre de santé vérifie l'ouverture du droit aux prestations de l'assuré ou de ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale ou pour vérifier que la carte Vitale de l'assuré a effectivement été mise à jour, le centre de santé peut utiliser le dispositif d'accès des droits en ligne « CDR » (ou ADR) visé à l'article 39 du présent accord.

A titre exceptionnel, pour les seules personnes qui ne sont pas en capacité de présenter leur carte Vitale et qui ne figurent pas sur « CDR », le centre de santé vérifie les droits sur la base de l'attestation de droit sur support papier.

L'appréciation de la justification de l'ouverture des droits par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le centre de santé doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes locaux d'assurance maladie destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part du régime obligatoire.

Article 34. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 34.1. Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des centres de santé et des organismes locaux d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions du présent accord.

Article 34.2. Délai de transmission des FSE

Le centre de santé s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, soit huit jours ouvrés, s'agissant de la procédure de tiers-payant.

Article 34.3. Délai de paiement

La caisse procède au règlement des feuilles de soins électroniques et émet l'ordre de virement du montant des prestations dues au centre de santé dans un délai de 4 jours ouvrés au plus, à compter du jour d'émission de l'accusé de réception logique et sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives exigées par la réglementation (notamment ordonnances, demandes d'accord préalable,...) le jour suivant l'émission de l'accusé de réception logique.

Par exception à l'engagement mentionné ci-dessus, les feuilles de soins électroniques adressées à une caisse à laquelle l'assuré a cessé d'être rattaché, mais dont la carte n'a pas été mise à jour, peuvent donner lieu à un paiement différé dans l'hypothèse visée à l'article R.161-33-8, alinéa 1er du code de la sécurité sociale.

Article 35. Transmission du codage

Les feuilles de soins électroniques transmises aux organismes locaux d'assurance maladie obligatoire doivent comporter le codage des actes prévu par les nomenclatures applicables.

Si le centre de santé télétransmet la feuille de soins sous forme électronique, il est tenu d'y intégrer le code, dans la norme d'échanges en vigueur. Cette disposition s'applique à l'ensemble des actes et prestations facturés à l'assurance maladie et donnant lieu à un codage.

Article 36. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

Les parties signataires s'engagent à s'informer réciproquement de tout dysfonctionnement du système et à collaborer pour y apporter une réponse appropriée dans les meilleurs délais.

En cas d'échec dans l'émission d'une FSE, le centre de santé fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.

cas, le règlement au centre de santé intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par l'organisme.

Dans ces deux cas, le format de la feuille de soins papier fournie par les caisses est conforme au modèle mentionné à l'article R. 161-41 du code de la sécurité sociale.

Sous -Titre 2 : les outils d'aide à la gestion du tiers-payant

Article 39. Consultation en ligne des DRoits de l'assuré (CDR) ou d'Acquisition des DRoits en ligne (ADR)

Les outils CDR « Consultation en ligne des DRoits de l'assuré » ou ADR « Acquisition des DRoits » sont mis à disposition de l'ensemble des centres de santé.

Cet outil permet de fiabiliser l'identification des assurés ou des bénéficiaires et de leurs droits, en l'absence de carte Vitale ou aux fins de vérification de la mise à jour de la carte, et par conséquent d'améliorer la qualité de la facturation.

Les parties signataires s'engagent à accompagner les centres de santé dans l'appropriation de ce nouvel outil. L'assurance maladie s'engage notamment à accompagner techniquement les centres de santé dans un objectif de déploiement de CDR.

Un bilan régulier de la montée en charge de ces dispositifs dans les centres de santé est réalisé en CTPPN.

Article 40. Retours d'information

Les « retours-tiers » sont les informations transmises par l'assurance maladie sous la norme « NOEMIE – PS » concernant l'état de la liquidation des prestations servies par le centre de santé.

Les caisses nationales ont déployé la norme « NOEMIE 580 » afin de permettre aux professionnels de santé de disposer de toutes les informations essentielles permettant l'identification et le traitement de la facturation ou de tout autre paiement ou régularisation comptable.

Les principaux éléments du retour sont les suivants :
– le retour correspond au virement bancaire effectué sur la base du total du remboursement issu des traitements effectués par la caisse pour une journée comptable donnée, il ne peut pas être partiel ;
– le cumul, la régularisation ou la récupération d'indus sont signalés de façon claire ;
– tout mouvement financier ou paiement conventionnellement prévu est indiqué distinctement des factures honorées dans le retour NOEMIE ;
– le rejet est accompagné des informations permettant d'identifier la facture transmise et l'anomalie détectée ; il implique la modification et le renvoi de la facture par le centre de santé.

Les caisses nationales se sont engagées à améliorer la lisibilité des retours « NOEMIE » et prévoient les évolutions suivantes :
– l'envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet ;
– la réponse de niveau facture, le lot devient identifiant secondaire ;
– la réponse distincte (dans deux entités différentes) des parts obligatoires et des parts complémentaires sur chaque facture ;

- Les informations de droits du patient par saisie de NIR,
- les informations relatives au paiement en tiers-payant, les aides à la télétransmission, le paiement de la permanence des soins,
- la patientèle médecin traitant du centre de santé,
- l'accès à certains formulaires en ligne et les commandes en ligne de formulaires papier.

L'offre de téléservices d'ores et déjà disponible en mode intégré aux logiciels avec utilisation de la carte CPS, concerne :

- la déclaration du médecin traitant en ligne qui permet d'effectuer une déclaration « médecin traitant » dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie,
- le dispositif de numérisation et de télétransmission des ordonnances (SCOR).

Article 43. Les téléservices en cours de finalisation

Les parties signataires s'engagent à mettre en œuvre les moyens nécessaires à l'utilisation des téléservices sans lien direct avec un patient, via Espace pro en accès identifiant / mot de passe de la structure ; il s'agit :

- de la commande de TDR (cf. article 22.1.5),
- de la commande des dispositifs de dépistage du cancer colo-rectal (cf. article 22.1.1),
- et de la mise à disposition d'appareil d'auto-mesure tensionnelle (cf. article 22.1.6).

Les parties signataires s'engagent à travailler, avec les éditeurs, à l'intégration des téléservices, en lien direct avec un patient, en mode intégré aux logiciels des centres de santé ; il s'agit :

- de la gestion des arrêts de travail dématérialisés qui permet de faire parvenir sans délai un avis d'arrêt de travail dématérialisé aux services concernés de l'assurance maladie et de produire le volet destiné à l'assuré
- du protocole de soins électronique qui permet d'effectuer une demande de prise en charge de l'ALD, grâce à la rédaction assistée du protocole de soins sur un support électronique,
- de l'historique des remboursements.

Les parties signataires s'engagent à soutenir le développement des futurs téléservices tels que la prescription électronique, afin de continuer à faciliter les échanges entre les centres de santé et l'assurance maladie.

Sous-Titre 4 : Les actions d'accompagnement

Les caisses d'assurance maladie s'engagent à mettre en œuvre des mesures d'accompagnement ayant pour objet de faciliter la pratique quotidienne des centres de santé et principalement la gestion du tiers-payant.

Les parties signataires proposent et examinent les actions d'accompagnement à mettre en place au niveau local à destination des centres de santé, dans le cadre de la commission paritaire nationale.

Ces actions se déclinent selon les besoins des centres de santé et les moyens dont peuvent disposer les caisses. Elles s'appuient sur les services visés ci-dessous.

TITRE 4 – VIE CONVENTIONNELLE

Sous-titre 1: durée, dénonciation et résiliation de l'accord national

Article 47. Durée de l'accord national

Le présent accord est conclu pour une durée de 5 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur ; il est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée, et sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires.

A compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord, l'accord national conclu précédement est caduc.

Article 48. Dénonciation

La dénonciation visée ci-dessus peut être faite 6 mois au moins avant la date d'échéance de l'accord soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe des organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 49. Résiliation de l'accord national

Le présent accord national peut également être résilié à tout moment, soit par une décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe et unanime des organisations représentatives des centres de santé signataires de l'accord, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les relations entre les organismes locaux d'assurance maladie et les centres de santé.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à tous les signataires de l'accord national. L'UNCAM invite alors les organisations représentatives des centres de santé à engager de nouvelles négociations conventionnelles dans les conditions prévues par la réglementation dans un délai de six mois.

Sous-titre 2 : modalités de notification et d'adhésion

Article 50. Notification

La caisse primaire d'assurance maladie informe les centres de santé relevant de sa circonscription de l'entrée en vigueur du présent accord par courrier.

Par ailleurs, l'assurance maladie met à disposition des centres de santé sur son site internet, le présent accord, ses annexes et, le cas échéant, ses avenants dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal Officiel.

Les caisses des autres régimes accèdent à la liste des centres de santé n'ayant pas adhéré à l'accord national via le portail internet de l'Assurance Maladie.

Sous-titre 3 : instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement au caractère paritaire des relations conventionnelles et mettent en place pour en faciliter l'exercice :

- une commission paritaire nationale (CPN) et son comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placés près de la CPN (CTPPN) ;
- une commission paritaire régionale (CPR) dans chaque région au sens de l'organisation des régions administratives, à l'exception de la région Ile-de-France ;
- une commission paritaire départementale (CPD) dans chaque département de la région Ile-de- France.

Seuls les représentants des organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord peuvent siéger en CPN et en CTPPN.

Seuls les représentants des organisations représentatives ayant adhéré au présent accord peuvent siéger en CPR et en CPD. Le représentant légal d'un centre de santé faisant l'objet d'une sanction conventionnelle devenue définitive ne peut siéger en CPR et en CPD.

Le règlement intérieur de ces instances est défini à l'annexe 28.

Article 54. La commission paritaire nationale (CPN)

La commission paritaire nationale est constituée avec les représentants des signataires du présent accord dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'accord.

Elle se réunit dans les cas suivants :
- à la demande de l'un des présidents de section ;
- au moins une fois par semestre ;
- en cas d'entrée d'un nouveau signataire dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM. Son secrétariat est assuré par la CNAMTS.

Article 54.1. Composition

La CPN est composée, à parité :

– d'une section professionnelle composée de 10 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire est incompatible avec celle de membre de la section professionnelle, à l'exception de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.
– d'une section sociale composée de 10 représentants titulaires désignés par l'UNCAM et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de professionnel de santé en exercice ou de représentant d'un centre de santé est incompatible avec celle de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire à la commission paritaire régionale ou départementale.

La répartition des sièges est réalisée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe 28.

Article 55.2. Missions

Chaque CPR ou CPD est chargée, notamment, de :

- faciliter l'application de l'accord national par une concertation permanente entre les organismes locaux d'assurance maladie et les organisations représentant les centres de santé du ressort régional ou local,
- se prononcer sur les mesures à prendre à l'encontre des centres de santé qui ne respecteraient pas les obligations de l'accord national,
- suivre les questions relatives à la télétransmission et aux services,
- établir le bilan de l'application des différents dispositifs optionnels,
- suivre les rapports d'activité des centres de santé.

La CPR ou CPD s'assure une fois par an que les centres de santé transmettent leur rapport d'activité à la caisse primaire de leur circonscription ainsi qu'au secrétariat de la CPR ou CPD, conformément aux dispositions de l'accord national. Le secrétaire de la CPR ou CPD fait une analyse synthétique annuelle des rapports d'activité reçus, qu'il présente en séance et transmet au secrétariat de la CPN.

Article 56. Dispositions communes aux instances

Les instances conventionnelles sont mises en place dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord national.
Les sections professionnelle et sociale s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

Lorsqu'une CPR ou une CPD n'est pas constituée dans le délai de deux mois du fait des organisations représentatives des centres de santé signataires, la section professionnelle de la CPN dispose d'un délai d'un mois pour proposer une composition.

Si aucune proposition n'est faite dans ce délai, ou si les représentants au niveau local ne l'acceptent pas, la section sociale de la CPR ou de la CPD concernée dresse un procès-verbal de carence et assume de plein droit les attributions de la commission, le temps que celle-ci se mette en place dans sa formation complète.

En cas d'entrée d'un nouveau signataire dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission nationale, régionale ou départementale constituée de l'ensemble des représentants des signataires de la convention se réunit dans les deux mois, à compter de la date de signature de l'accord par le nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

Chaque commission fixe, alors, le nombre de représentants dans chacune des sections équivalent au nombre de représentants des organisations représentatives des centres de santé pour respecter la parité ; chaque représentant dispose d'un siège.

Chaque instance adopte un règlement intérieur, reprenant a minima le modèle-type en annexe, qui précise notamment les règles de répartition des sièges, de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de

Sous-titre 4 : le non-respect des engagements conventionnels

Les parties signataires ont convenu de définir les situations pour lesquelles un centre de santé qui, dans son exercice, ne respecte pas ses engagements conventionnels, est susceptible de faire l'objet d'un examen de sa situation par les instances paritaires et d'une éventuelle sanction.

Les partenaires conventionnels souhaitent néanmoins que les caisses, les commissions paritaires régionales et départementales et les centres de santé favorisent autant que possible le dialogue et la concertation avant d'entamer une procédure de déconventionnement. Ils rappellent que les sanctions conventionnelles visent avant tout à atteindre un changement durable du comportement qui ne serait pas conforme à l'accord national.

Néanmoins, dans la mesure où une décision de sanction est sans effet sur la prise en charge par l'assurance maladie des actes délivrés par le centre de santé sanctionné, les parties signataires soulignent l'importance de respecter l'esprit conventionnel qui doit présider à l'application de l'accord par un centre de santé.

Article 58. Examen des manquements

En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions du présent accord national par un centre de santé, portant notamment sur :

- la non application de la dispense d'avance des frais ;
- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive des dépassements ;
- la non utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- le non-respect, de façon répétée des règles de la NGAP et de la CCAM ;
- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L.161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- les engagements fixés par les options ;

la procédure décrite ci-après peut être mise en œuvre.

Article 59. Procédure

La CPAM qui constate le non-respect par un centre de santé des dispositions du présent accord national, lui adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.
Cette mise en demeure doit décrire l'ensemble des faits qui sont reprochés au centre de santé et les motifs susceptibles de justifier le lancement de la procédure de sanction.
Le centre de santé dispose d'un délai de 30 jours à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique.
Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le centre de santé dispose d'un délai de trois mois à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique.

Si, à l'issue de ce délai, le centre de santé n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour son compte et le compte de l'ensemble des caisses, communique un relevé des constatations des faits reprochés dument motivé au centre de santé concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPR ou de la CPD.
Le centre de santé dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de

Article 62. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de l'accord

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur du présent accord sont examinées au regard des dispositions du présent accord.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le 8 juillet 2015

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
M. Nicolas REVEL, Directeur Général,

Et

Pour Adessadomicile Fédération nationale,
M. Patrick MALPHETTES, président,

Pour la Croix-Rouge française,
M. Jean-Jacques EDELJAM, président

Pour la Fédération des mutuelles de France,
M. Jean-Paul BENOIT, président,
~~Mme Pascale Vatel dûment mandatée,~~

Pour la Fédération nationale de la mutualité française,
M. Etienne CANIARD, président,

Pour la Fédération nationale des centres de santé,
M. Richard LOPEZ, président,

Pour la Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne,
M. Timothy PERERA, vice-président,

Pour l'Union nationale ADMR,
Mme Marie-Josée DAGUIN, présidente,
Mme Dominique DUHHOSTÉ

Pour l'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles,
M. Francis CONTIS, président,
Par délégation

Pour la Confédération des centres de santé et services de soins infirmiers,
M. Bernard TALOUD, président,
Mme Françoise LE COQ dûment mandatée,

Pour la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines,
M. Michel BONIN, Directeur Général,

Annexe 1 : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun principal

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points Fixe	Points Variable	CENTRE DE SANTE INFIRMIER *Structure mono-professionnelle*	Points Fixe	Points Variable	CENTRE DE SANTE DENTAIRE *Structure mono-professionnelle*	Points Fixe	Points Variable
Accès aux soins								
ccessibilité du centre (3 critères) : large amplitude oraire, accès à des soins non programmés, fonction e coordination organisée.*(socle)*	1200		**Accessibilité du centre** (2 critères) : accès à des soins programmés et non programmés, fonction de coordination interne organisée *(socle)*	400		**Accessibilité du centre** (3 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés, fonction de coordination organisée *(socle)*	600	
Mission de santé publique (2 missions au maximum) *(optionnel)*		700	**Mission de santé publique** : relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou promotion de la santé (2 campagnes au maximum) *(optionnel)*		400	**Mission de santé publique ou bilans bucco-dentaires** auprès de population ciblée (1 mission au maximum) *(optionnel)*		200
Si forte activité infirmière : 1 mission infirmière supplémentaire *(optionnel)*		200						
Si forte activité dentaire : 1 mission dentaire supplémentaire *(optionnel)*		200						
Diversification de l'offre de soins (4 critères *optionnels*) :								
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 1 jour/semaine)	250							
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 0,5 ETP) (points supplémentaires)	200							
Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale ou au moins 3 professions para-médicales différentes)	225							
Offre d'une diversité de services de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels, autres que ceux déjà pris en compte dans les deux premiers critères (au moins 2 professions médicales différentes en sus de la médecine générale et au moins 3 professions paramédicales différentes) (points supplémentaires)	225							

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER *Structure mono-professionnelle*	Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE *Structure mono-professionnelle*	Points	
	Fixe	Variable		Fixe	Variable		Fixe	Variable
Travail en équipe/coordination								
Concertation pluriprofessionnelle formalisée et régulière (1 réunion/mois en moyenne et 3 % des patients du centre de santé) ***(socle)***		1000	**Concertation professionnelle** : réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an) ***(socle)***	400		**Concertation professionnelle** : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) ***(socle)***	200	
Si forte activité dentaire : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) ***(optionnel)***	200							
Formation des jeunes PS (2 stages/an)***(optionnel):***	450		**Formation des jeunes PS** (1 stage/an) ***(optionnel)***	250		**Formation des jeunes PS** (1 stage/an) ***(optionnel)***	250	
Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière supplémentaire ***(optionnel)***	225							
Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire ***(optionnel)***	225							
Coordination externe (1 critère) : procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux ***(optionnel)***		200	**Coordination externe** (4 critères) : - procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les professionnels de santé extérieurs à la structure ainsi que vers les services et établissements sanitaires et médico-sociaux, - conventions avec au moins 2 établissements, sanitaires ou établissements ou services médico-sociaux pour partage d'informations, - répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale, - retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale. ***(socle)***		300	**Coordination externe** formalisée par une contractualisation (2 contrats au maximum) avec un EHPAD ou un établissement de santé ou médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilan) ***(optionnel)***	500	
Si forte activité dentaire : 1 contrat passé avec un EHPAD ou un établissement de santé médico-social (proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilans) ***(optionnel)***	200							
Protocoles pluri-professionnels (1 critère) : élaboration en référence aux recommandations de la HAS pour la prise en charge et le suivi des patients concernés ***(socle)***	500							

Annexe 1 bis : modalités de calcul des rémunérations forfaitaires du bloc commun : bloc commun complémentaire

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER *Structure mono-professionnelle*	Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE *Structure mono-professionnelle*	Points	
	Fixe	**Variable**		**Fixe**	**Variable**		**Fixe**	**Variable**
Travail en équipe/coordination								
Démarche qualité : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) ***(optionnel)***			**Démarche qualité** : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS – RNOGCS (4 niveaux) ***(optionnel)***			**Démarche qualité** : réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS - RNOGCS (4 niveaux) ***(optionnel)***		
1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100		1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100		1er niveau : désignation d'un coordinateur professionnel de santé de l'équipe de soins (élabore et actualise le projet de santé, anime médicalement la structure)	100	
2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150		2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150		2ème niveau : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ	150	
3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150		3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150		3ème niveau : 100% des critères intégrés au PAQ atteints	150	
4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150		4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité	150	

Annexe 2 : charte d'engagement du centre de santé médical ou polyvalent

Le centre de santé regroupe des professionnels de santé des professions suivantes : .....

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé. Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir un accueil couvrant de larges amplitudes horaires.

Nous vous accueillons de … heures à … heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de … heures à … heures [1], et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes .....

En dehors de ces horaires d'ouverture, le centre de santé ..... est joignable au numéro suivant ..... Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

Vous permettre d'être reçu sans rendez-vous en cas de nécessité

Nous sommes organisés pour répondre rapidement à vos demandes de soins et pouvoir, si votre état de santé le nécessite, vous recevoir dans la journée.

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié tous les jours de ..... à .....

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;
- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé ..... dont vous avez besoin ;
- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

1 Mention à supprimer le cas échéant

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

L'organisation en centre de santé nous permet de vous assurer un accueil par du personnel dédié selon les jours et heures d'ouverture du centre mentionné ci-dessus

Cet accueil organisé permet, au-delà de la prise de rendez-vous auprès des professionnels intervenant dans la structure, de :

- coordonner les informations vous concernant entre les différents professionnels du centre de santé amenés à assurer votre suivi médical ;

- vous orienter vers les professionnels de santé ou services internes ou extérieurs au centre de santé ..... dont vous avez besoin ;

- organiser les échanges nécessaires avec les établissements de santé ou établissements et services médico-sociaux lorsque votre état de santé le nécessite et notamment avant et après toute hospitalisation.

Annexe 5 : missions de santé publique définies en fonction des objectifs du projet régional de santé

Dans le cadre de l'article 8.2 du présent accord, des missions de santé publique peuvent permettre aux centres de santé de bénéficier d'une valorisation complémentaire, sous réserve de répondre à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS).

Les centres de santé peuvent, lorsque ces actions figurent dans les priorités définies régionalement dans le PRS, percevoir une rémunération complémentaire (dans les conditions définies à l'article 8.2) pour participer aux actions suivantes concernant la prévention, la promotion et l'éducation à la santé :

- **Actions en faveur d'une amélioration de la couverture vaccinale**

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires[1]. L'insuffisance de couverture vaccinale s'accentue avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins[2].

- **Lutte contre la tuberculose**

La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population : sujets âgés, populations en situation de précarité, migrants[3]. Les cas déclarés en France sont assez fortement concentrés géographiquement : en 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence- Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

- **Surpoids et obésité chez l'enfant**

En 2006 en France, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses[4].

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte[5], en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Il existe une grande disparité en fonction du niveau socio-économique ou de la zone géographique, les prévalences du surpoids et de l'obésité étant supérieures dans les populations défavorisées.

- **Souffrance psychique et conduites addictives chez les adolescents de 12 à 25 ans**

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents

---

[1] *Source INVS*
http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale

[2] *Hépatite B, méningocoque C, HPV des jeunes filles, absence de rattrapage pour la vaccination ROR.*

[3] *Source INVS 2012*

[4] *Sources : étude ObEpi-Roche 2012 ; données INSERM et OMS*

[5] *Excès de mortalité estimé entre 50 % et 80 % selon les études.*

s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA

Autres actions spécifiques ; par exemple d'éducation pour la santé adaptées à ces publics	Décrire le ou les type(s) d'actions éventuellement mises en œuvre :
Commentaires :	

la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

L'ordonnance ainsi numérisée et transmise à l'organisme de prise en charge est désignée ci-après « la pièce numérique ».

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur.

Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé selon les principes définis à l'article 2.1 de la présente annexe, le centre de santé se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge la copie de l'ordonnance originale sur support papier.

Le centre de santé est responsable de l'établissement de la pièce numérique, de sa fidélité à la pièce justificative papier.

La modification du mode de transmission de la pièce justificative est sans effet sur les responsabilités respectives du centre de santé et de l'assurance maladie concernant les pièces justificatives, telles qu'elles résultent des textes en vigueur.

Le centre de santé s'engage à transmettre une pièce justificative conforme, c'est-à-dire d'une qualité de numérisation permettant l'atteinte d'un taux d'exploitabilité des pièces numériques de 99%. La liste des anomalies rendant inexploitables les pièces numériques est fixée à l'article 2.6.3 de la présente annexe.

La résolution de l'image constituant la pièce numérique doit être a minima de 200 DPI pour assurer une qualité d'image suffisante.

Le format de l'image constituant la pièce numérique de type pdf doit être a minima A5 et doit être visualisable sur un écran de taille référence 800X600 ou une résolution supérieure après accord des parties.

2.3 - De la numérisation des pièces justificatives

Le centre de santé s'engage à numériser les pièces justificatives par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la pièce justificative sur support papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Le centre de santé s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la pièce justificative lors de la prise de contact avec son patient pour une transmission de ces pièces tant lors de la transmission d'une éventuelle demande d'accord préalable que lors de la facturation (par le biais d'une feuille de soins électronique).

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'actes, le centre de santé transmet alors les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en

2.6.3 - De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitables les images numérisées est la suivante :
- Image numérisée trop blanche ;
- Image numérisée trop noire ;
- Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut.

Il est entendu que ces anomalies potentielles sont inhérentes au processus de numérisation et par conséquent inexistantes dans le processus papier.

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :
- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absents ;
- prescription médicale absente.

Une période de vérification initiale des pièces numérisées est mise en place par l'organisme de prise en charge pendant un délai de 90 jours à compter de la réception des premières pièces justificatives numérisées. Pendant cette période, l'organisme de prise en charge signale au centre de santé les éventuelles anomalies constatées et l'aidera à procéder, le cas échéant, aux ajustements nécessaires.

Ultérieurement, si l'organisme de prise en charge observe une dégradation de la qualité de la numérisation des pièces justificatives, il se réserve la possibilité de renouveler ce contrôle sur une période maximum de 90 jours. Dans ce cadre, il en avise le centre de santé dans un délai minimum de 7 jours avant la mise en place du contrôle.

Le centre de santé s'engage à trouver des solutions techniques permettant de procéder au contrôle de la qualité des images numérisées en amont de leur transmission aux organismes de prise en charge.

2.7 - De la valeur probante des pièces justificatives numérisées

Les parties signataires conviennent que la pièce numérique transmise par le centre de santé dans les conditions mentionnées à l'article 2 de la présente annexe, a la même valeur juridique et comptable que la pièce justificative sur support papier.

La copie numérique de l'ordonnance originale a la même valeur que lorsque l'apposition de la signature et des mentions obligatoires est réalisée sur le support papier.

L'inscription, par le centre de santé, de son identifiant, sur l'ordonnance vaut signature au sens de l'article R.161-45 du code de la sécurité sociale.

Article 4

Suivi des engagements et des effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse envoie au centre de santé ayant adhéré au contrat une fiche (modèle en annexe 10 du présent accord) à lui retourner et dont l'objet est d'évaluer, d'une part, le respect des engagements de l'adhérent, et, d'autre part, les éventuels effets de son adhésion au contrat incitatif sur ses conditions d'exercice.

Article 5

Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie des engagements du centre, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le centre dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre la fin de son adhésion au contrat incitatif par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le centre de santé ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par le contrat au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédant la résiliation de l'adhésion en fonction des manquements constitués.

Article 6

Résiliation de son adhésion par le centre de santé médical ou polyvalent

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat incitatif. Il en informe la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du centre de santé prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le centre de santé ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par le contrat incitatif au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion.

Article 7

Aide à l'investissement

Cet avantage a pour objectif d'aider les centres de santé qui souhaitent s'installer dans les zones concernées à disposer d'un apport initial à l'investissement.

L'aide à l'investissement est versée sous la forme d'un forfait annuel versé pendant trois ans à compter de l'adhésion au contrat incitatif.

Son montant est de 5 000 € par an par équivalent temps plein (ETP) médecins exerçant au sein du centre de santé.

Article 8

Aide à l'activité

Cette aide est proportionnée à l'activité du centre de santé dans la zone, dans la limite d'un plafond.

Elle représente 10 % de l'activité médicale du centre de santé (C + V) dans la zone, dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 € par ETP médecins exerçant dans le centre de santé.

Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Article 9

Modalités de versement des aides

Le versement des aides décrites aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans la présente annexe, par le centre adhérent.

Annexe 10 : fiche de suivi des adhérents

Partie pré remplie par la caisse
Année évaluée : 2 _ _ _

Identification du centre de santé médical ou polyvalent signataire du contrat
Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :
.....
N° d'identification du centre de santé : .....

Date d'adhésion

- nombre de médecins salariés exerçant au sein du centre de santé :
- nombre en ETP de médecins salariés exerçant au sein du centre de santé :

Outil informatique

- nombre d'ordinateurs au sein du centre de santé :
- connexion haut débit : oui non
- dossiers médicaux accessibles en réseau : oui non

Précisez les investissements effectués dans ce domaine durant l'année :
achat matériel ou service, connexion haut débit

Accueil, secrétariat

- nombre de personnes salariées du centre de santé :

Précisez les évolutions du centre dans ce domaine durant l'année :
engagement d'une secrétaire médicale, extension de locaux

Sur l'année

- nombre d'astreintes réalisées :

Cachet du centre de santé

Fait à .....
Le .....

Signature

Article 6
Engagements du centre de santé infirmier

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et au financement majoré des cotisations sociales obligatoires, le centre de santé contractant s'engage à :

- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80% de son activité ;
- réaliser 2/3 de son activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée » ;
- transmettre le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) infirmiers exerçant au sein du centre.

Article 7
Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé infirmier prend contact auprès de sa CPAM de rattachement pour formaliser son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 12 du présent accord).

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 3 ans renouvelable.

Article 8
Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au centre de santé ayant adhéré au contrat une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 13 du présent accord. Le centre complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

Il joint, le cas échéant, les justificatifs relatifs à l'exécution du contrat.

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Article 9
Rupture du contrat

En cas d'absence de respect par le centre de santé de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Annexe 12 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif Centres de Santé infirmiers

Adhésion à l'option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé infirmiers en zone « très sous dotée »

Ce document est à remplir par le centre de santé infirmier qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé infirmier :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre : .....

Numéro d'identification du centre : .....

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) :.....

.....

.....

Déclare :
1° Avoir pris connaissance des dispositions du contrat conventionnel appelée « contrat incitatif centres de santé infirmiers » telles qu'indiquées à l'annexe 11 du présent accord ;
2° M'engager à en respecter les dispositions ;
3° Adhérer au « contrat incitatif centres de santé infirmiers » destiné à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotée ».

Cachet du centre de santé

Fait à .....
Le .....

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le ....., à effet du .....

Adhésion non enregistrée
Motif:
.....

Cachet de la caisse

Date .....

Annexe 14 : contrat incitatif Centres de Santé dentaires

Option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée »

Article 1
Objet du contrat

Le présent contrat est une option conventionnelle qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration de l'offre globale en soins dentaires, et à ce titre a pour objet de favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotées » des centres de santé dentaires, par le versement d'aides financières telles que décrites à l'article 5 de la présente annexe.

Article 2
Durée du contrat

Le « contrat incitatif centres de santé dentaires », signé entre la caisse primaire d'assurance maladie et le centre de santé dentaire, pour une durée de trois ans (option 2), renouvelable, ou cinq ans (option 1), non renouvelable, est destiné à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous-dotée ».

Ce contrat vise à inciter les centres de santé dentaires à s'installer ou à exercer en zone « très sous-dotée ».

Article 3
Champ du contrat

Ce contrat est proposé aux centres de santé dentaires s'installant ou installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application de l'article L.1434-7 du code de la santé publique.

Article 4
Conditions générales d'adhésion

Tout centre de santé dentaire désirant s'installer, ainsi que ceux déjà installés dans la zone « très sous-dotée » sont éligibles au contrat sous réserve qu'ils soient conventionnés.

Pour bénéficier des avantages conférés par le contrat, le centre de santé dentaire doit justifier d'une activité conventionnelle, à titre principal, auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée ».

Article 5
Avantages conférés par l'adhésion au contrat

Le centre de santé dentaire adhérent bénéficie :

- *(option 1)* d'une participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre ou autres investissements professionnels (équipement, fauteuil, ...) de 15 000 €, versés à compter de la signature du contrat et couvrant la participation de l'assurance maladie à

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

Article 9

Rupture du contrat

En cas de non-respect par le centre de santé dentaire de tout ou partie de ses engagements, le directeur de la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat incitatif.

Le centre de santé dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au centre de santé qu'il ne remplit pas les conditions pour bénéficier de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et au financement majoré des cotisations sociales ainsi que pour exiger le remboursement des sommes qui auraient indûment été perçues.

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat. Il en informe la caisse par courrier. La décision du centre de santé prend effet dès réception par la caisse du courrier. Il ne pourra pas bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie le contrat.

Annexe 16 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif Centres de Santé dentaires (option 2)

Adhésion au « Contrat incitatif centres de santé dentaires » option 2 : aide au maintien en zone « très sous dotée »

Ce document est à remplir par le centre de santé dentaire qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation qui lui en retourne un exemplaire.

Identification du centre de santé dentaire :
Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre : .....

Numéro d'identification du centre : .....

Adresse du lieu d'implantation principale (entité juridique) : .....
.....

Déclare :
1° Avoir pris connaissance des dispositions du « contrat incitatif centres de santé dentaires » telles qu'indiquées à l'annexe 14 du présent accord;
2° Adhérer au contrat destinée à favoriser le maintien en activité des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 3 ans renouvelable.

Cachet du centre de santé

Fait à .....
Le .....

Signature

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le ....., à effet du .....

Adhésion non enregistrée
Motif:
.....

Cachet de la caisse

Date .....

Annexe 18 : majorations d'actes spécifiques à la permanence des soins ambulatoires

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins salariés des centres de santé dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 20.1 du présent accord sont les suivantes :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures……	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures ……..	59,50 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés…….	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié ……..	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin salarié d'un centre de santé non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements, à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par le centre de santé donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

Annexe 20 : contrat d'accès aux soins dentaires visant à maitriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques

Article 1
Objet de l'option

Le présent contrat est une option conventionnelle ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients et de réduire leur reste à charge, et ce par une maîtrise des honoraires des centres de santé sur leurs actes prothétiques et orthodontiques.

Article 2
Champ de l'option

Cette option est proposée aux centres de santé dentaires et aux centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire.

Article 3
Conditions générales d'adhésion

Tout centre de santé dentaire ou centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire, adhérant au présent accord, est éligible au contrat sous réserves du respect des engagements décrits à l'article 4.

Le contrat est accessible aux centres qui perçoivent des honoraires sur les actes prothétiques et orthodontiques supérieurs ou égaux à 20% de leurs honoraires totaux.

Le taux de dépassement moyen du centre de santé s'entend dans le présent accord comme étant égal au rapport entre la somme des dépassements d'honoraires sur les actes prothétiques et d'orthodontie d'une part et la somme des honoraires remboursables sur ces mêmes actes, d'autre part.
Dans le cadre de l'ouverture d'un nouveau centre (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité), le taux de dépassement initial du centre de santé est défini par défaut comme étant égal au taux de dépassement moyen initial des centres de la région où se situe le centre de santé. En l'absence de centre de santé pratiquant des soins prothétiques et/ou orthodontiques dans la région, la référence est le taux de dépassement moyen national des centres de santé pour les actes prothétiques et d'orthodontie.

Article 4
Engagements des centres de santé

En adhérant au contrat, le centre de santé s'engage à maintenir son taux de dépassement moyen initial, observé sur la période du 1er juillet 2014 au 30 juin 2015 inclus, tout en respectant un

un déménagement à proximité), la rémunération ne pourra être versée pour l'année d'adhésion que sous réserve d'un exercice minimal d'au moins deux mois dans l'année.

Article 8
Engagements de l'assurance maladie

L'assurance maladie s'engage à informer les assurés sur le site « ameli.fr » de l'engagement du centre de santé dans ce dispositif. Les centres de santé peuvent faire état de cette adhésion dans leur communication institutionnelle et auprès des patients

Article 9
Rupture du contrat

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat. Il en informe sa CPAM par courrier. La décision du centre prend effet dès réception du courrier par la caisse. Il ne pourra alors bénéficier des aides prévues pour l'année où il résilie le contrat.

Annexe 22 : dispositif de prévention bucco-dentaire

Prévention bucco-dentaire pour les enfants et les adolescents

Conformément aux dispositions de l'article 22.1.3 sur la prévention bucco-dentaire du présent accord, les modalités de participation des centres de santé au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1er
Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à l'action de prévention.

Article 2
Contenu du dispositif

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :
- une anamnèse,
- un examen bucco-dentaire,
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire…), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :
- des radiographies intrabuccales,
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 4
Engagements des parties

4.1. Les engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires,
- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif,
- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités,
- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins,
- participer à l'évaluation du dispositif en :
  - conservant dans le dossier médical du patient les "renseignements médicaux" relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
  - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
  - répondant à toute enquête ou recueil d'informations,
  - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après,
- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

4.2. Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel ;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel aux centres de santé ;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer ;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux centres de santé ;
- restituer aux centres de santé dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations ,
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 5 jours à compter de la réception du support de facturation électronique ;
- en cas de support papier, ce délai est de l'ordre de 15 jours maximum.

Article 5
Evaluation du dispositif

5.1. Les dispositions générales

Les parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Article 1er
Les parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

1.2. Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé

Les chirurgiens-dentistes et médecins salariés des centres de santé relevant des dispositions du présent accord participent à cette action de prévention.

Article 2
Contenu du dispositif

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4ème mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale, etc.), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant).

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le praticien, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si nécessaire, par :

- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

2.2. Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Cet examen est valorisé à 30€. Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée.

Annexe 23 : liste des soins consécutifs pris en charge au titre du dispositif d'examens bucco-dentaire des jeunes

Liste des actes CCAM pris en charge à 100% consécutifs à l'EBD "enfant"

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	**Radiographie de la bouche**
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	**Réimplantation de dent et autogreffe de germe**
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	**Prophylaxie buccodentaire**
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
07.02.02.05	**Restauration des tissus durs de la dent**

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	**Avulsion de dents permanentes**
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

Annexe 24 : rémunération du Centre de Santé ayant été déclaré comme médecin traitant pour le suivi de certains patients

Pour les patients atteints d'une affection de longue durée qui ont choisi un médecin du centre de santé comme médecin traitant, ce dernier bénéficie d'une rémunération spécifique afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le montant de cette rémunération spécifique est de 40 € par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale (forfait RMT).

Le paiement de cette rémunération spécifique s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent, et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement. La rémunération est versée dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre concerné. En cas d'incident de paiement, la caisse prévient les centres de santé dès qu'elle a connaissance de l'incident et au plus tard à la date limite de règlement. Cette information indique un délai de règlement prévisionnel. Dans le cas où la Caisse n'est pas en mesure d'assurer le paiement des forfaits à la date prévue et sauf cas de force majeure, le centre peut demander le versement d'une avance dont le montant est calculé sur la base de 80% du montant versé pour la même période l'année précédente. Cette avance est versée dans les 15 jours qui suivent la demande.

Le centre de santé bénéficie de la même rémunération spécifique d'un montant de 40 € pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.322-3 10° du code de la sécurité sociale. Cette rémunération est versée une fois par an (forfait RST).

Le centre de santé reçoit une rémunération spécifique (Forfait Médecin Traitant) pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur conformément aux dispositions de l'article 23.3.3. Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle (FMT) par patient est de 5 €.

Afin de ne pas pénaliser le centre nouvellement ouvert (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité), ce forfait médecin traitant (FMT) est versé, au titre de la première année d'installation, pour chacun des patients l'ayant choisi comme médecin traitant.

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.

Le taux de réalisation annuel du centre de santé sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% * \frac{niveau\ constaté - niveau\ initial}{objectif\ intermédiaire - niveau\ initial}$$

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% * \frac{niveau\ constaté - niveau\ initial}{objectif\ intermédiaire - niveau\ initial}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du centre de santé est compris entre 0 % (lorsque le centre de santé n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire)

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.

Le taux de réalisation annuel du centre de santé sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% + 50\% * \frac{niveau\ constaté - objectif\ intermédiaire}{objectif\ cible - objectif\ intermédiaire}$$

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% + 50\% * \frac{niveau\ constaté - objectif\ intermédiaire}{objectif\ cible - objectif\ intermédiaire}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le centre de santé n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, aux benzodiazépines et aux antibiotiques dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

1.2.Mode de calcul du nombre de points par indicateur

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le centre de santé est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de points maximum de l'indicateur concerné.

Annexe 26 : devis type pour le traitement et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe

Le devis remis au patient dans un centre de santé comprend un volet honoraires facturés suivant le devis conventionnel type et le cas échéant un volet complémentaire dans lequel figure le détail du reste à charge pour le patient après application des garanties dont il bénéficie au titre de son contrat complémentaire.

Dans le volet « devis conventionnel type », les honoraires facturés pour l'acte ou le traitement faisant l'objet du devis sont distingués en trois composantes :

- le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé (colonne A) comprend l'achat du dispositif médical au fournisseur, majoré d'une partie des charges de structure du centre de santé dentaire.

- le montant des prestations de soins (colonne B1) est la valeur ajoutée médicale du travail effectué par le praticien et toutes les charges du centre de santé dentaire.

- les charges de structure du centre de santé dentaire (colonne B2), autres que celles déjà affectées au prix de vente du dispositif.

Le calcul de ces différentes composantes est effectué à partir des données comptables du centre de santé dentaire de l'année N-1, de l'honoraire facturé au patient pour l'acte faisant l'objet du devis et du prix d'achat au fournisseur du dispositif nécessaire à cet acte.

Les charges globales du centre de santé dentaire sont distinguées en deux catégories :

- les **charges sociales et fiscales**, incluant le total des comptes de classe 64 (relatifs uniquement aux praticiens) et le total des comptes de classe 63 (impôts, taxes,…).
- les **charges d'achat** (compte de la classe 60) du centre comprennent en majorité les charges d'achat des dispositifs médicaux sur mesure.

Les étapes de calcul des colonnes A, B1 et B2 à partir des honoraires facturés au patient (colonne C) et des charges affectées sont les suivantes :

1° - Données préliminaires (à partir de la comptabilité du centre):

1.1 Définitions des rubriques du plan comptable

[DP] = Total des comptes de la classe 6
[ACHATS[1]] = Total des comptes de la classe 60
[VAMP] = Total des comptes de classe 64
[IMPOTS] = Total des comptes de classe 63
[HT] = Total es comptes de la classe 7

[1] Ou [ACHATS PRO] = Total des comptes de la classe 60 liés à la réalisation d'un dispositif médical prothétique

Les parties signataires s'accordent pour déterminer un taux de charge de fabrication des dispositifs médicaux sur mesure, qui représente la transposition du taux de charge de structure à l'activité « fabrication » de la structure.

Il se définit comme étant la part de l'honoraire total représenté par l'ensemble des charges afférant à l'activité de fabrication.

Cette activité « fabrication » comprend :

- les achats relatifs à la fabrication (Métaux, résines, plâtres, céramiques, petit matériel, …)
- les salaires et charges sociales des personnes affectées à la fabrication,
- la part des charges générales telles que loyer, …
- la dotation aux amortissements des matériels affectés à l'activité de fabricant
- les frais spécifiques à l'activité de fabricant.

$$\text{Taux de charge fabrication} = \frac{[\text{CHARGES AFFERENTES à L'ACTIVITE FABRICATION}]}{[\text{HONORAIRES TOTAUX}]}$$

Le prix d'achat de la prothèse est donc calculé par application de ce taux de charge « fabrication » à l'honoraire de la prothèse.

Le taux de charge structure est celui déterminée en point 2 (ci-dessus), diminué du taux de charge « fabrication ».

Les autres calculs restent inchangés.

<u>Cas spécifique de convention de tiers-payant sur la part complémentaire :</u>

Le centre de santé pratique la dispense d'avance de frais pour le régime obligatoire ; il peut également le faire pour la part prise en charge par l'assurance maladie complémentaire, dans la mesure où une convention de tiers payant sur la part complémentaire a été conclue avec un organisme d'assurance maladie complémentaire. Dans ces conditions le centre de santé peut compléter le devis type conventionnel par une description détaillée du reste à charge du patient figurant dans un volet complémentaire dit de « reste à charge » – le reste à charge représente ce que le patient a à payer directement au centre de santé - dans le cadre du traitement prothétique ou orthodontique proposé. Il correspond au montant total des honoraires – (montant du remboursement de l'assurance maladie obligatoire + montant remboursement de l'assurance maladie complémentaire).

Le devis dentaire conventionnel mis en œuvre dans un centre de santé peut comporter des éléments complémentaires spécifiques liés à la pratique du tiers payant, c'est à dire le rappel des éléments de référence du dossier du patient, les informations relatives à la prise en charge des actes et soins par le régime obligatoire et complémentaire afin d'établir le montant du reste à charge du patient au regard des actes et soins figurant dans le devis et à partir des garanties souscrites par le patient auprès de son organisme d'assurance maladie complémentaire, dès lors que ces informations sont accessibles.

Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis conventionnel type

Ce devis s'applique à tout traitement et actes faisant l'objet d'une entente directe et notamment ceux pour lesquels un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le chirurgien-dentiste vous précise la durée de validité de ce devis.

Votre chirurgien-dentiste vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le chirurgien-dentiste décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le chirurgien-dentiste indique dans la colonne D, réservée à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable).

Le chirurgien-dentiste doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays est alors précisé.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le chirurgien-dentiste en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous est remise en fin de traitement.

Ce devis vous informe du coût des traitements proposés par votre chirurgien-dentiste. Il précise notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du centre de santé (A), le montant des prestations de soins assurées par le praticien lors du traitement (B1) ainsi que le montant des autres charges de structure du centre de santé (B2). Les honoraires (C = A + B1 + B2) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).

Je soussigné(e), déclare adhérer à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et m'engage à en respecter toutes les dispositions.

Fait à .....
Le .....

Signature

Cachet du centre de santé

Accusé de réception de la caisse primaire

Adhésion enregistrée le :

A effet du :

Numéro d'identification du centre de santé (N° FINESS)

Adhésion non enregistrée

Motif(s) :

Cachet de la caisse primaire

Date .....

Article 3

Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle et la section sociale élisent chacune un président parmi leurs membres, par période d'une année en référence à l'année civile. Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an en référence à l'année civile, la présidence et la vice-présidence de la commission.

Article 5

Délibérations

La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections. Lorsque le nombre de sièges est impair, le quorum est atteint lorsque sont présents, dans chacune des sections, la moitié du nombre de membres par section arrondie à l'unité supérieure.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section, auquel cas aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

Lorsque le quorum n'est pas atteint ou que la parité n'est pas respectée, une nouvelle réunion est convoquée dans un délai d'un mois. La commission délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, sous réserve cependant que la parité entre les deux sections soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi.

Pour les sujets de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

En cas de partage des voix portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord est actée dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les trente jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.