

AVENANT 4

A L'ACCORD NATIONAL DESTINE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTE ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Vu l'Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, signé le 8 juillet 2015 et publié au journal officiel du 30 septembre 2015 et ses avenants n°1, n°2, et n°3,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L. 162-32-1, L. 162-32-2, L. 162-14-1-1,

Il a été convenu ce qui suit entre

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie, représentée par Thomas FATOME, directeur général

et,

ADEDOM, représenté par Patrick MALPHETTES, président

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

La Fédération nationale de la mutualité française, représentée par Eric CHENUT, président

La Fédération nationale des centres de santé, représentée par Hélène COLOMBANI, présidente

La Fédération Nationale des Institutions de Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne, représentée par Alain RONDEPIERRE, président

L'Union nationale des associations d'Aide à Domicile en milieu Rural, représentée par Marie-Josée DAGUIN, présidente

L'Union nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles, représentée par Marie-Reine TILLON, présidente

La Confédération des centres de santé, représentée par Mohamed BOUCHEBBAT, président,

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne, représentée par Antoine PERRIN, président

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

Désignées ci-après comme « les parties signataires ».

1
Handwritten signatures in blue ink: MM, NF, CS, HC, PC, JP, TR

PREAMBULE

L'accord national des centres de santé signé le 8 juillet 2015 reconnaît d'une part, l'offre de soins déterminante que constituent les centres de santé pour renforcer l'accès aux soins et améliorer la santé des patients et d'autre part, leur rôle majeur dans notre système de soins pour favoriser la prise en charge coordonnée des patients, en valorisant leur exercice pluri-professionnel.

Les avenants à l'accord national signés depuis lors ont maintenu cette volonté initiale des partenaires conventionnels d'accompagner les centres de santé dans les transformations profondes du système de santé. Ces dernières années ont effectivement été marquées par l'avènement de nouvelles formes d'exercice coordonné (MSP et CPTS), l'apparition de nouveaux métiers de santé (IPA, assistant médical) mais aussi par le développement de nouvelles pratiques en lien avec l'essor du numérique en santé. Pour autant, les partenaires conventionnels ont veillé à ce que les évolutions de l'accord national préservent la spécificité des centres de santé

C'est dans un contexte inédit de crise sanitaire exceptionnelle que l'avenant 4 réaffirme le soutien à ces structures ambulatoires qui ont su s'engager et répondre aux défis de la crise. Au regard de l'essor des modes d'exercice coordonnés et des enjeux futurs liés à l'augmentation des maladies chroniques et à la complexité des parcours qu'elle induit, les partenaires conventionnels souhaitent renforcer ce modèle d'organisation des soins primaires, modèle qui a fait ses preuves.

Ils saluent la mobilisation sans faille des centres de santé pour apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients dans le cadre de la crise liée à la COVID-19. C'est ainsi qu'ils s'accordent pour reconnaître et valoriser le rôle de ces structures dans la réponse aux crises sanitaires graves, en lien avec la mission dévolue aux CPTS.

A l'heure où notre système de santé fait face à de nombreux défis concernant la démographie médicale, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser le rôle déterminant des centres de santé dans l'offre de soins sur les territoires, notamment en ce qui concerne les soins non-programmés et la mise en place d'une organisation spécifique au sein du centre pour y répondre en lien avec le dispositif dénommé « SAS ».

Par ailleurs, les partenaires conventionnels décident :

- de faire évoluer les rémunérations des centres de santé notamment en tenant compte de la présence d'infirmiers en pratique avancée, professionnels clés pour une prise en charge pluri-professionnelle centrée sur le patient et en créant de nouveaux indicateurs de parcours autour de l'insuffisance cardiaque et de l'obésité de l'enfant ;
- de prendre en compte les enjeux liés à la pratique de la télésanté en transposant notamment les mesures de l'avenant 9 à la convention médicale ;
- d'instaurer une procédure de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers en corollaire du dispositif instauré pour les infirmiers libéraux ;

A
M
L

2
H
NT
TF
Hc
re

- de revoir les modalités d'adhésion à l'accord national dans le prolongement des mesures issues de la loi de financement de la sécurité sociale de 2022, tout en proposant un accompagnement renforcé du conventionnement des nouvelles structures dans le cadre d'une pratique vertueuse.

Enfin, les centres de santé ont développé une approche sociale de leurs missions notamment pour répondre aux besoins spécifiques des patients les plus vulnérables. Pour lutter contre les inégalités de santé, les parties signataires conviennent de renforcer le soutien déjà apporté par l'accord national aux centres de santé particulièrement engagés dans ces démarches.

L'accord national est modifié comme suit :

TR AD / 2019

hu m est HC ³ PE

Article 1 – Indicateur dédié à la réponse aux crises sanitaires graves

Après l'article 8.1.4, il est inséré un nouvel article 8.1.5 intitulé « Réponses aux crises sanitaires graves », rédigé comme suit :

« Article 8.1.5 – Réponse aux crises sanitaires graves (critère socle)

Les autorités sanitaires et les administrations en charge du système de soins ont la responsabilité de qualifier la situation de « crise sanitaire et d'en organiser la réponse ».

Les centres de santé s'engagent à apporter une réponse aux crises sanitaires graves et à en organiser les modalités de mise en œuvre en cas de crise sanitaire avérée.

A l'échelle de la structure et pour sa patientèle, un plan de préparation à la réponse en cas de crise sanitaire doit être élaboré par la structure (exemple : protocole organisationnel, ...) et doit s'articuler, le cas échéant, avec la mission crise sanitaire de la CPTS du territoire.

Dès la survenue d'une crise sanitaire grave et dès lors que le plan de préparation aura été rédigé, toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients sera valorisée. Il s'agit pour le centre de santé de prendre en charge les patients atteints par la crise sanitaire (protocoles, prévention, etc.) et d'adapter l'organisation de la structure pour faciliter la prise en charge des patients « fragiles » durant la période de crise en lien avec le plan de préparation rédigé.

Cet indicateur s'applique aux trois types de centres de santé. ».

Article 2 - Soins non programmés

1° - L'article 8.3.5 intitulé : « Participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale » est supprimé et remplacé par un nouvel article 8.3.5 intitulé « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) – (critère optionnel) » :

« Article 8.3.5 - Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) – (critère optionnel)

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

Le centre de santé doit :

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

(Handwritten signatures and initials)
A, M, L, N, P, H, C, R, T, F

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

2° - Après l'article 8.3.5, il est créé un article 8.3.6 intitulé : « Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS (critère optionnel) », rédigé comme suit :

« Article 8.3.6 - Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS (critère optionnel) »

L'effection des soins non programmés (SNP) par les centres de santé médicaux et polyvalents est valorisée pour la prise en charge par les médecins généralistes salariés de ces centres des patients supplémentaires, hors de la patientèle médecin traitant du centre, pour des soins non programmés dans les 48h sur adressage par la régulation libérale après échec d'une prise de rendez-vous via les outils de prise de rendez-vous en ligne. Cet indicateur n'est valorisé que si le centre de santé a répondu aux exigences de l'article 8.3.5 de l'accord national ».

3° - L'article 13.1 intitulé « Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents » est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« A compter de 2022, le nombre de points de la partie variable pour l'indicateur « valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS » est établi en fonction du nombre de soins non programmés pris en charge par le centre conformément aux articles 8.3.6 et 15.1. ».

4° - Après l'article 8.5.4, il est créé un nouvel article 8.5.5 intitulé « Favoriser l'accès aux soins : soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (critère optionnel) » rédigé comme suit :

« Article 8.5.5 - Favoriser l'accès aux soins : soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (critère optionnel) »

Dès lors que le centre de santé s'organise pour participer au SAS et répondre aux indicateurs tels que définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6, il bénéficie d'une valorisation supplémentaire. ».

Article 3 – Infirmier en Pratique Avancée (IPA)

1° - Les articles 8.2.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents », 8.3.1.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents » et 8.5.2 intitulé « Favoriser le travail en équipe : les protocoles pluriprofessionnels » sont complétés par un alinéa rédigé comme suit :

« Le centre de santé médical ou polyvalent bénéficie d'une valorisation complémentaire dès lors qu'il salarie un infirmier en pratique avancée (IPA), au regard de ses compétences apportées. ».

2° - Après l'article 19.10, il est créé un nouvel article 19.11 intitulé « dispositif d'aide au démarrage de l'activité infirmière exclusive en pratique avancée » rédigé comme suit :

[Signature]

[Signature]

[Signature]
H C PC TR

« Article 19.11 - Dispositif d'aide au démarrage de l'activité infirmière exclusive en pratique avancée »

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des IPA au sein des centres de santé. Il est ainsi proposé de soutenir l'embauche d'IPA salariés par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de leur activité de pratique avancée.

Les partenaires conventionnels souhaitent que ce dispositif demeure identique à celui prévu par la convention nationale des infirmiers libéraux en tenant compte de la spécificité de l'organisation en centre de santé. Le dispositif d'aide au démarrage de l'activité d'infirmier en pratique avancée salarié, décrit ci-après, reproduit donc celui qui s'applique aujourd'hui aux IPA libéraux. Ainsi, si les dispositions de la convention nationale des infirmiers libéraux relatives au montant, aux conditions d'éligibilité et aux conditions de versement de ces aides sont modifiées, les dispositions nouvelles s'appliqueront automatiquement à tous les contrats conclus avec un centre de santé à la date de leur entrée en vigueur.

L'infirmier salarié exerçant une activité exclusive en pratique avancée peut faire bénéficier le centre de santé qui l'embauche d'une aide complémentaire de 27 000 euros (pour 1 ETP IPA, l'aide étant modulable en fonction du nombre d'ETP).

L'activité exclusive en pratique avancée est entendue comme une activité exercée exclusivement en pratique avancée (hors activité de soins infirmiers généraux).

Cette aide vise à accompagner le centre de santé dans son recrutement d'un infirmier en pratique avancée au travers d'un contrat (modèle défini en annexe 31) conclu pour une durée de quatre ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

Cette aide est versée sur deux ans de la manière suivante :

- au titre de la première année, 17 000 euros si le centre de santé justifie avoir salarié un ETP IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 50 patients ;
- au titre de la deuxième année, 10 000 euros si le centre de santé justifie avoir salarié un ETP d'IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 150 patients.

Le versement de cette aide n'est plus dû dès lors que le centre de santé assure le suivi par un IPA salarié d'au moins 300 patients par équivalent temps plein d'IPA salarié.

Afin de faciliter le démarrage de l'activité en pratique avancée et de faire face aux investissements nécessaires, un dispositif d'avances est mis en place. L'avance est calculée sur la base de 50% de l'aide due au titre de chaque année au cours de laquelle l'aide est versée. Tout nouvel ETP salarié sur la dernière année du contrat ne bénéficiera que du montant de l'avance et du solde au titre de la 1^{ère} année.

La première avance est versée dans un délai d'un mois suivant la signature du contrat défini en annexe 31. Pour l'année suivante, l'avance est versée dans les deux mois suivant le versement du solde dû au titre de la première année de l'aide.

L'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de l'aide due au terme de chaque année en fonction de l'atteinte des engagements en termes de suivi de patients. Le versement

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large signature on the left and several smaller ones on the right, some appearing to be 'Hc', 'pe', and 'TF'.

du solde des sommes dues est effectué dans les deux mois suivant la date anniversaire de la signature du contrat.

Le calcul des sommes dues tient compte du dispositif d'avance. Il tient également compte du seuil de 300 patients/ETP IPA au-delà duquel le centre de santé ne percevra plus l'aide à l'activité et ce, au prorata des mois restant à courir (après l'atteinte du plafond de 300 patients) sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée. L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées :

- en totalité si le seuil de 50 patients/ ETP IPA n'est pas atteint au cours de la première année d'exercice,
- au prorata si le seuil de 150 patients /ETP IPA n'est pas atteint au cours de la deuxième année,
- et, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée en cas d'atteinte du plafond de 300 patients / ETP IPA.

Le montant total de l'aide, les seuils et plafond de patients suivis en pratique avancée sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salariés dans la structure pour un minimum de 0,5 ETP.. ».

5° - Est ajoutée une nouvelle annexe 31 intitulée « Contrat type d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière exclusive en pratique avancée », rédigée comme suit :

« ANNEXE 31 - Contrat type d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière exclusive en pratique avancée

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1

Vu l'avis du 30 septembre 2015 relatif à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie et ses avenants, et notamment l'article 19.11,

Il est conclu un contrat d'aide conventionnelle au démarrage de l'activité salariée d'infirmière exclusive en pratique avancée, entre :

– d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département

Adresse

représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

Et, d'autre part, le centre de santé:

Nom, prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre de santé (FINESS) :

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

[Handwritten signature]

[Handwritten signature] Ruv NT *[Handwritten signature]* H C PC TR

Les partenaires conventionnels souhaitent encourager l'intégration des infirmiers en pratique avancée au sein des centres de santé et ainsi participer à son déploiement. Il est donc proposé de soutenir l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité exclusive en pratique avancée par une aide conventionnelle pour les premières années de démarrage de cette activité.

Article 1. Champ du contrat

Article 1.1. Objet du contrat

Ce contrat vise à favoriser l'embauche d'infirmier salarié exerçant une activité exclusive en pratique avancée, telle que définie à l'article 19.11 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, par la mise en place d'une aide forfaitaire versée à compter de la signature du présent contrat telle que décrite à l'article 2.2 du présent contrat.

Article 1.2. Bénéficiaires du contrat

Le présent contrat est réservé aux centres de santé polyvalents, médicaux et infirmiers adhérents à l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie, dès lors qu'ils salarient un ou plusieurs infirmier(s) exerçant une activité exclusive en pratique avancée (a minima 0,5 ETP).

Le centre de santé ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide conventionnel au démarrage de l'activité salariée d'infirmier exclusif en pratique avancée.

Article 2. Engagements

Article 2.1. Engagements du centre de santé

Le centre de santé signataire s'engage à :

- à recruter, dès la signature du présent contrat, [XX] infirmier exerçant une activité exclusive en pratique avancée correspondant à [XX] ETP, conformément aux dispositions prévues par l'article 19.11 de l'accord national. Afin de justifier de cet engagement, le centre de santé devra fournir le contrat ou un extrait du contrat de travail de l'infirmier dans un délai d'un mois après l'embauche de ce dernier ;
- à remplir l'exigence d'atteinte des prérequis des indicateurs de la rémunération tels que définis à l'article 12 de l'accord national ;
- à répondre aux objectifs définis à l'article 2.2 du présent contrat en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour le recrutement de l'infirmier.

Article 2.2. Engagements de l'Assurance Maladie

La structure adhérente bénéficie d'une aide d'un montant de 27 000€ pour un 1 ETP d'IPA salarié.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 17 000 euros si le centre de santé justifie avoir salarié un ETP IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 50 patients ;
- au titre de la deuxième année, 10 000 euros si le centre de santé justifie avoir salarié un ETP d'IPA ayant assuré dans l'année le suivi, exclusivement en pratique avancée, d'au minimum 150 patients.

Le versement de cette aide n'est plus dû dès lors que la structure assure le suivi d'au moins 300 patients par équivalent temps plein d'IPA salarié.

Afin de faciliter le démarrage de l'activité en pratique avancée et de faire face aux investissements nécessaires, un dispositif d'avances est mis en place. L'avance est calculée sur la base de 50% de l'aide due au titre de chaque année au cours de laquelle l'aide est versée.

La première avance est versée dans un délai d'un mois suivant la signature du présent contrat défini. Pour l'année suivante, l'avance est versée dans les deux mois suivant le versement du solde dû au titre de la première année de l'aide. Tout nouvel ETP salarié sur la dernière année du contrat ne bénéficiera que du montant de l'avance et du solde au titre de la 1^{ère} année.

L'organisme local d'assurance maladie procède au calcul de l'aide due au terme de chaque année en fonction de l'atteinte des engagements en termes de suivi de patients. Le versement du solde des sommes dues est effectué dans les deux mois suivant la date anniversaire de la signature du contrat.

Le calcul des sommes dues tient compte du dispositif d'avance. Il tient également compte du seuil de 300 patients/ETP IPA au-delà duquel la structure ne percevra plus l'aide à l'activité et ce, au prorata des mois restant à courir (après l'atteinte du plafond de 300 patients) sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée.

L'assurance maladie peut procéder à la récupération des sommes indument versées :

- en totalité si le seuil de 50 patients/ ETP IPA n'est pas atteint au cours de la première année d'exercice,
- au prorata si le seuil de 150 patients /ETP IPA n'est pas atteint au cours de la deuxième année,
- et le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir sur l'année au titre de laquelle l'aide est versée en cas d'atteinte du plafond de 300 patients / ETP IPA.

Le montant total de l'aide, les seuils et plafond de suivi sont proratisés en fonction du nombre d'ETP salarié dans la structure salariant pour un minimum de 0,5 ETP.

Article 3. Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé prend contact auprès de la caisse de rattachement pour formaliser l'adhésion par la signature du présent contrat.

Le présent contrat est conclu pour une durée de quatre ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

AC PC TR

Article 4. Modalités de résiliation du contrat

Article 4.1 La résiliation à l'initiative du centre de santé

Le centre de santé signataire du présent contrat a la possibilité de résilier ce contrat en adressant une lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme local d'Assurance Maladie signataire dudit contrat.

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation.

Article 4.2. La résiliation par la caisse d'Assurance Maladie

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

Cette résiliation est effective un mois après réception de la lettre de résiliation notifiée par l'organisme local d'Assurance Maladie. Dans ce délai, le centre de santé a la possibilité de saisir le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie pour faire connaître ses observations écrites.

Cette saisine suspend l'effet de la décision de résiliation.

Article 4.3. Les conséquences de la résiliation

En cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit l'origine, le versement de l'aide est interrompu.

Le centre de santé est tenu de procéder au remboursement de la somme versée à l'organisme local d'Assurance Maladie dans un délai de deux mois à compter de la date effective de la résiliation conformément aux dispositions de l'article 2.2 du présent contrat.

Fait à [...] en [...] exemplaires, le

Date d'effet du contrat

Le représentant légal du centre de santé

Le Directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie/caisse générale de sécurité sociale de [...] ».



Article 4 - Publics vulnérables

1° - Les dispositions de l'article 9.1.2 intitulé « Proposer un accompagnement spécifique aux publics vulnérables (critère optionnel) » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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, cela constitue un recours déterminant 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 telle que définie à l'article 8.6, celle d'accompagner spécifiquement les publics vulnérables.

Cette vulnérabilité est liée à des situations sanitaires ou sociales particulières dans un contexte de grande précarité ou d'isolement avec rupture des dispositifs de protection sociale.

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

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

Afin d'encourager un engagement renforcé des centres de santé dans ce domaine, une valorisation financière de l'atteinte d'objectifs est définie au regard de trois niveaux d'implication des centres de santé. Chaque niveau est décliné en sous-catégories avec des actions spécifiques.

Ainsi, pour le **niveau 1**, les actions attendues sont définies dans le tableau ci-dessous :

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

Pour le **niveau 2**, les actions attendues sont définies dans le tableau ci-dessous :

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

Pour le **niveau 3**, les actions attendues sont définies dans le tableau ci-dessous :

Identifier et repérer les publics	Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités	Aller vers et faire avec	Se coordonner avec les acteurs
La structure s'engage à mettre en place des permanences dédiées et identifiées dans des structures extérieures, lieux de vie de publics cibles (foyer travailleurs migrants / hôtels sociaux)	La structure s'engage à soit : - disposer d'une solution d'interprétariat professionnelle - mettre en place des temps d'analyse de la pratique à destination de l'équipe pour faciliter la distanciation et encourager l'empowerment des patients	La structure s'engage à soit : - proposer des actions collectives ciblées à destination de publics présentant des vulnérabilités (dépistage / prévention) - mettre en œuvre une Pass de ville	La structure s'engage à structurer les partenariats par des conventionnements dédiés, ou des parcours formalisés de patients selon les problématiques médico-sociales données.

Handwritten initials/signature

Handwritten signature: H. P. C. M. W. N. C. H. T. F.

Pour valider chaque niveau, le centre de santé doit remplir au moins deux des quatre sous-catégories. La validation d'une sous-catégorie est possible dès lors qu'au moins une des actions mentionnées est remplie. Ces niveaux se cumulent et la validation d'un niveau dépend de la validation du niveau inférieur. Ces critères sont communs à tous les types de centres de santé. Le niveau de la rémunération est fixé en fonction de la patientèle CSS et AME du centre de santé, telle que définie à l'article 16.4.

La présence d'un médiateur en santé au sein du centre de santé fait l'objet d'une valorisation, rendue possible dès lors que le centre de santé a validé *a minima* le niveau 1 de l'échelle définie ci-dessus. La fonction de médiateur en santé est assurée par du personnel recruté spécifiquement pour assurer cette fonction ou ayant un temps de travail identifié à cette fonction. Il s'agit notamment au travers de ce poste d'améliorer l'accès aux droits sociaux et de développer un accompagnement psycho-social, de favoriser l'organisation d'actions en faveur de la promotion de la santé, d'assurer un rôle d'accompagnement des patients et des soignants y compris dans le cadre des consultations effectuées afin de prendre en compte les problématiques médico-sociales. ».

2° - L'annexe 6 intitulée « modèle-type de synthèse pour l'accompagnement des publics vulnérables » est supprimé.

Article 5 - Régulation des centres de santé infirmiers

Après l'article 19.11, il est inséré un nouvel article 19.12 intitulé « Dispositif de régulation du conventionnement » rédigé comme suit :

« Article 19.12. Dispositif de régulation du conventionnement

Article 19.12.1. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des centres de santé infirmiers en « zone sur-dotée »

Le principe de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers s'applique uniquement dans les « zones sur dotées » infirmiers, qualifiées comme telles conformément au zonage applicable aux infirmiers libéraux.

Le dispositif porte uniquement sur les créations de centres de santé infirmiers et ne concernent pas les centres déjà installés à l'entrée en vigueur du présent accord.

Ainsi, dans ces zones, aucun nouveau conventionnement ne peut être accordé par un organisme d'assurance maladie à un centre de santé infirmier sauf dérogation prévue à l'article 19.12.2.

a- Formalités de demande de conventionnement en « zone sur-dotée »

Le centre de santé envoie sa demande de conventionnement à l'organisme d'assurance maladie compétent, par lettre recommandée avec accusé de réception, en précisant le nom et prénom du représentant légal du centre de santé, le lieu et les conditions exactes d'installation

projetées ainsi que l'ensemble des informations nécessaires à son adhésion à l'accord national mentionnées à l'article 50.

Le centre de santé peut apporter toute pièce qu'il estime utile pour étayer sa demande.

b- Décision du Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie

Le Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie notifie au centre de santé concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande. A défaut de réponse dans ce délai, la décision du Directeur est réputée favorable.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 19.12.2. Dérogations au principe de régulation du conventionnement des centres de santé infirmiers en « zones sur dotées »

Dans les « zones sur-dotées », le conventionnement peut être accordé à titre exceptionnel à un centre de santé infirmier dans les cas suivants :

- le centre de santé est installé en QPV (quartier prioritaire de la ville) ;
- le centre de santé justifie d'une activité spécifique majoritaire ou unique en lien avec les besoins du territoire.

En cas de constat par la caisse du non-respect par le centre de santé des modalités d'exercice ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire, cette dernière peut engager une procédure afin de suspendre son conventionnement dans la zone « sur-dotée », conformément aux dispositions du présent accord.

Article 19.12.3. Modalités de gestion des demandes de conventionnement des centres de santé infirmiers à titre dérogatoire en « zone sur-dotée »

a- Formalités de demande de conventionnement

Le centre de santé envoie sa demande de conventionnement à l'organisme d'assurance maladie compétent, par lettre recommandée avec accusé de réception, en précisant le nom et prénom du représentant légal du centre de santé, le lieu et les conditions exactes d'installation projetées ainsi que l'ensemble des informations nécessaires à son adhésion à l'accord national mentionnées à l'article 50.

Le centre de santé peut apporter toute pièce qu'il estime utile pour étayer sa demande.

b- Avis de la commission paritaire régionale ou départementale

Dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception du dossier complet, le directeur de l'organisme d'assurance maladie saisit la commission paritaire régionale (CPR)

[Handwritten initials]

[Handwritten initials: PC, NW, etc.]

[Handwritten initials: HC, TF]

ou départementale (CPD) pour avis et informe le centre de santé de cette saisine. Il transmet à la CPR ou CPD les éléments du dossier de demande de conventionnement.

La CPR ou CPD rend alors un avis dans un délai de trente jours suivant sa saisine. Elle peut demander des compléments d'information et à entendre le représentant légal du centre de santé. Ce dernier peut également être entendu s'il en exprime le souhait.

Cet avis est rendu à la majorité des deux-tiers des membres de la CPR ou CPD.

A défaut d'avis rendu dans le délai suivant la saisine, celui-ci est réputé rendu favorablement.

c- Décision du directeur de la caisse

Le directeur de la caisse notifie au centre de santé concerné sa décision de conventionnement ou de refus de conventionnement, lorsqu'elle est conforme à l'avis de la CPR ou CPD, dans un délai de quinze jours suivant l'avis.

La décision est motivée et notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision ainsi que les différents avis rendus sont fondés sur des critères objectifs tenant compte des conditions d'installation projetées (installation en QPV et activité spécifique).

c- Procédure en cas de différence entre le projet de décision du Directeur de la caisse primaire d'assurance maladie et l'avis rendu par la CPR ou CPD

Quand le projet de décision du directeur de la caisse est différent de l'avis rendu par la CPR ou CPD, la commission paritaire nationale (CPN) est saisie de ce projet sous quinze jours suivant la décision du directeur par la caisse primaire d'assurance maladie. Le centre de santé et la CPR ou CPD sont tenus informés de cette saisine.

La CPN dispose alors d'un délai de 30 jours pour rendre un avis, par un vote à la majorité des deux-tiers des voix des membres de la commission. En l'absence d'avis rendu par la CPN dans ce délai, un avis conforme à la décision du directeur de la caisse est réputé rendu.

Si la CPN rend un avis conforme au projet de décision du directeur de la caisse, elle le transmet au directeur de la CPAM dans un délai d'un mois à compter de la saisine.

Si la CPN rend un avis différent du projet de décision du directeur de la caisse primaire, le secrétariat de la CPN sollicite dans les trente jours le directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) pour décision. Le secrétariat de la CPN transmet ensuite, dans les quinze jours, au directeur de la caisse la décision du directeur général de l'UNCAM, accompagnée de l'avis de la CPN.

Le directeur de la caisse notifie alors au centre de santé, par lettre recommandée avec accusé de réception, la décision de conventionnement ou de refus de conventionnement dans un délai de quinze jours suivant la transmission du ou des avis. Il en adresse une copie aux membres de la CPR ou CPD. ».

Handwritten signatures and initials:
A, J, M, L, PC, MW, DP, NT, CAS, HC, TF

Article 6 - Télésanté

L'article 28.8 intitulé « la téléexpertise » de l'accord national est supprimé et remplacé par un nouvel article 28.8 intitulé « Télésanté » rédigé comme suit :

« Article 28.8. Télésanté »

Afin d'améliorer l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire, les centres de santé s'inscrivent en faveur du développement des regroupements professionnels, d'échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télésanté (télé médecine et télésoin).

Le recours aux actes de télé médecine et télésoin peut faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses en offre de soins en permettant aux patients d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides susceptibles dans certaines situations de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

Dans ce cadre, le déploiement de la télésanté et les modalités de facturation afférentes, telles que définies dans chacune des conventions nationales de chaque catégorie de professionnels de santé libéraux s'appliquent aux centres de santé dans les mêmes conditions.

Les partenaires conventionnels rappellent qu'un centre de santé conventionné ne peut pas réaliser son activité exclusivement à distance. A ce titre, ils s'accordent pour considérer que le centre de santé pour l'ensemble de ses activités ne peut pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale à distance (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile et qu'il doit faire respecter cette limite à chacun de ses professionnels de santé salariés.

Cette limite s'inscrit par ailleurs pour les médecins salariés dans la position du Conseil national de l'Ordre des médecins qui considère, après interrogation des conseils nationaux professionnels, que l'exercice exclusif de la télé médecine par un médecin ne peut être déontologiquement admis.

Le non-respect du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé ci-dessus ainsi que des conditions conventionnelles de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que définies dans les conventions nationales de chaque catégorie de professionnel de santé est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 59 de la convention nationale et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées, dans le respect du contradictoire et après avertissement du centre de santé. ».

Article 7 – Numérique en santé

1° - Après l'article 28.8, il est créé un nouvel article 28.9 intitulé « Les outils en faveur de la coordination » rédigé comme suit :

« Article 28.9 - Les outils en faveur de la coordination »

Le déploiement d'outils facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé dans l'objectif de favoriser plus

AD A M L

PC RW NT CAS HC TR

largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients, entre les différents professionnels de santé en ville, mais également avec l'hôpital et le secteur médico-social.

Les modes de rémunération des professionnels de santé et notamment des centres de santé doivent continuer à évoluer et se diversifier pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

C'est pourquoi, les parties signataires ont souhaité mettre en place de nouveaux modes de rémunération afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Article 28.9.1 - Le développement du numérique en santé

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que la transformation de notre système de soins ne peut avoir lieu sans un développement du numérique en santé. En effet, les outils numériques constituent un des moyens pour faciliter la coordination entre les professionnels de santé, développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, mais aussi positionner les citoyens comme des acteurs de leur santé.

L'offre numérique doit être mise au service du parcours de santé des patients-usagers et des professionnels qui les prennent en charge. Elle doit être cohérente et s'intégrer dans la pratique quotidienne des professionnels de santé pour améliorer leur cadre de travail et dans la vie quotidienne des usagers du système de santé.

La crise sanitaire liée à la COVID 19 a confirmé l'importance et la nécessité d'accélérer le déploiement des services numériques d'échanges et de partage de données de santé.

Le constat partagé est que le déploiement massif de ces outils n'est envisageable que si ces derniers répondent aux exigences suivantes :

- être simples d'utilisation, ergonomiques, et adaptés aux usages des professionnels et des patients ;
- garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur ;
- garantir l'accès de l'ensemble des assurés à leurs propres données avec la généralisation de l'Espace Numérique de Santé (ENS) dénommé « Mon espace santé »
- être compatibles et interopérables entre eux.

C'est dans ce contexte que le Ségur de la Santé définit une nouvelle politique d'investissement et de financement massif du numérique, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique, respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers du système de santé et professionnels, de façon à garantir la confiance, l'adhésion, et par voie de conséquence, les usages.

Article 28.9.2 - Le financement à l'équipement mis en place dans le cadre du Ségur de la Santé

A travers le volet numérique du Ségur, l'Etat mobilise un investissement historique pour soutenir financièrement les centres de santé dans leur équipement en solutions logicielles

A 1 2 3

MW NTJ CFF H C PC TF

facilitant l'échange et le partage de données de santé entre les acteurs du parcours de soins et avec l'utilisateur.

Afin d'identifier les besoins, analyser les pratiques et définir les leviers à mettre en place pour faciliter l'usage par les professionnels de santé des outils de partage de données dont le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSS), des groupes de travail ont été mis en place. A l'issue de ces travaux, des dossiers de spécifications de référencement (DSR) ont été élaborés à destination des éditeurs de logiciels. Ces dossiers ont pour objectif de donner aux éditeurs tous les éléments nécessaires aux développements et à l'implémentation des fonctionnalités attendues par les professionnels de santé.

Un « parcours de référencement » est mis en place par l'Agence du Numérique en Santé, afin de valider la conformité des solutions logicielles aux dossiers de spécifications de référencement auxquels l'éditeur va candidater. La validation du respect des exigences va permettre aux éditeurs d'obtenir le référencement de leur solution, étape obligatoire pour qu'ils puissent prétendre à un financement par l'Etat. Ce financement versé par l'Etat directement aux éditeurs de logiciels va permettre d'apporter un soutien majeur aux centres de santé dans l'acquisition, la mise à jour et l'usage de leurs solutions logicielles.

Pour la médecine de ville (et notamment les centres de santé médicaux et polyvalents) deux vagues de référencement des logiciels ont été déterminées, correspondant à deux paliers en termes d'ambition sur le partage des documents au cours du parcours de soins.

L'enjeu principal porte sur la réception et la lecture des documents partagés et échangés au cours du parcours de soins. Ces documents sont accessibles via le DMP ou reçus par la messagerie sécurisée de santé (MSS). Un enjeu majeur pour les médecins de ville et notamment les centres de santé est de créer et mettre à jour le Volet de Synthèse Médicale (VSM), progressivement en format structuré selon le référentiel en vigueur.

Le référencement doit permettre de vérifier la mise en place des services socles suivants :

- L'Identité Nationale de Santé (INS) ;
- Le fédérateur de moyens d'identification électroniques Pro Santé Connect (PSC) ;
- La Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) ;
- Le Dossier Médical Partagé (DMP) ;
- L'identification des assurés par l'application mobile carte Vitale (apCV)
- Le service e-prescription unifiée.

Ce mécanisme de financement des éditeurs de logiciels pour favoriser l'équipement des centres de santé est novateur dans la mesure où les dispositifs d'accompagnement financiers à l'équipement en faveur des professionnels de santé et des structures étaient précédemment définis dans le cadre conventionnel. Dans ce contexte, et même si ce dispositif de financement via les éditeurs défini dans le cadre du Ségur ne constitue pas directement un engagement à dimension conventionnelle, les partenaires conventionnels ont souhaité l'évoquer dans le présent accord dans la mesure où il va bénéficier directement aux centres de santé dans leur pratique quotidienne et va permettre la mise en place de financement conventionnel visant à inciter les centres de santé à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients.

Article 28.9.3 - Mise en place de financement visant à inciter les centres de santé à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients

Les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place une aide financière pour accompagner les centres de santé dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD. Dans ce cadre, un nouveau forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est créé.

Ce forfait est calculé de la manière suivante :

- versement d'un forfait d'un montant de 1500 euros (par ETP de médecin généraliste dans la limite de 20 ETP) si le centre de santé a élaboré des VSM pour au moins la moitié de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP;
- ce forfait est porté à 3000 euros (par ETP de médecin généraliste dans la limite de 20 ETP) si le centre de santé a élaboré des VSM pour 90 % de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP.

Ce forfait est pondéré par la taille de la patientèle médecin traitant du centre de santé sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la ROSP prévue à l'article 24.2.

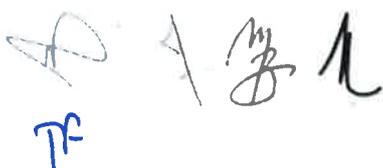
Ce forfait est valable si le VSM est établi en format non structuré. Afin d'inciter à la structuration des VSM, laquelle demande plus de temps, le forfait est majoré de 20 % si plus d'un tiers des VSM alimentant le DMP sont générés de manière structurée dans le format conforme au Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS). Ce forfait est versé une seule fois dans la mesure où l'objectif est de valoriser l'initiation de l'élaboration des VSM.

Ce forfait est versé, au cours du second semestre 2023, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 30 juin 2023.».

2° - Le critère 2 de l'article 9.1.4 intitulé « Moderniser les échanges avec l'assurance maladie par la télétransmission et les téléservices (critère optionnel) » est complété par deux alinéas rédigés comme suit :

« Pour 2022 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application Carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur (cf. article 28.9.2).

Pour 2023 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale. La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie. ».





3° - L'article 9.2.1 intitulé « Elaboration et mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant du centre de santé pour ses patients (critère optionnel) » est supprimé et remplacé par un nouvel article 9.2.1 intitulé « Indicateurs d'usages » rédigé comme suit :

« Article 9.2.1 - Indicateurs d'usages (critère optionnel) »

De nouveaux indicateurs pérennes d'usage de services sont introduits :

- indicateur d'usage et remplissage du DMP :

A compter de 2022 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'alimentation du DMP par les centres de santé, afin que les patients puissent conserver dans un espace sécurisé leurs documents médicaux, en particulier leurs prescriptions médicamenteuses. L'atteinte d'un taux de 20 % des consultations réalisées par le centre de santé dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP permet de valider l'indicateur.

- indicateur d'usage de la messagerie sécurisée de santé pour les échanges avec les patients :

A compter de 2022, est créé un nouvel indicateur pour l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé. En 2022 et 2023, l'atteinte d'un taux d'au moins 5 % des consultations réalisées par le centre de santé comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé permet de valider l'indicateur.

- indicateur d'usage de la e-prescription :

A compter de 2023 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'usage du service de e-prescription défini selon les modalités décrites à l'annexe 32 de l'accord national. L'atteinte d'un taux de 50 % des prescriptions de produits de santé des médecins du centre de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription permet de valider l'indicateur.

- indicateur d'usage de l'application carte Vitale :

A partir de 2023 est créé un nouvel indicateur pour valoriser l'usage de l'application carte Vitale déployé à partir de 2022. A compter de 2023, l'atteinte d'un taux de 5 % des FSE réalisées avec l'application carte Vitale permet de valider l'indicateur.

A compter de 2024, le caractère optionnel de ces indicateurs pourra être revu. ».

4° - Est insérée une nouvelle annexe 32 intitulée « e-prescription unifiée » et rédigée comme suit :

« Annexe 32 – e-prescription unifiée »

1. Principes fondateurs de la e-prescription unifiée

- Périmètre des prescriptions concernées

La e-prescription unifiée s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

Les prescripteurs peuvent tout prescrire en e-prescription :

- les médicaments de manière codifiée,
- l'ensemble des dispositifs médicaux (DM),

- tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente la e-prescription, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020.

Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les centres de santé en commençant par les médecins impliqués dans la prescription des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie

L'Assurance Maladie s'engage à :

- ce que les médecins des centres de santé conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du médecin) ;
- ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;
- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des centres de santé afin qu'elle ne complexifie pas les processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP/ dossier médical dans Mon espace santé ;
- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du prescrit par le patient ; un prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé e-prescription continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de la confidentialité

La prescription enregistrée par le médecin du centre de santé dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service e-prescription

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including "TF", "N7", and "AC PC".

sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les médecins exerçant en centres de santé.

- Gouvernance

Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de la e-prescription dans le cadre de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 54 de l'accord national.

2. Réception

La transmission d'une e-prescription à l'Assurance Maladie par les médecins du centre de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier qui structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données de la e-prescription dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des e-prescriptions est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base de e-prescriptions.

L'unicité du numéro d'identification de la e-prescription est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle e-prescription en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

3. Conservation et accès aux données

- Les e-prescriptions reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base e-prescriptions est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie. Les professionnels de santé peuvent accéder à la base pour consulter les e-prescriptions en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.
- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.

- L'accès en consultation des données de la e-prescription est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
 - pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de la e-prescription figurant sur l'ordonnance remise par le patient,
 - pour le prescripteur, une fois que la e-prescription a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés,
 - pour un Agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaître dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
 - d'effacer une e-prescription existante, (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans),
 - de remplacer une e-prescription existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté,
 - de modifier les données d'une e-prescription existante.

4. Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs e-prescription publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur

i. Créer une e-prescription

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des e-prescriptions (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit.

Pour les Médicaments et les Dispositifs Médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparaît le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Handwritten signatures and initials in blue ink.

Handwritten initials in blue ink.

L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP/ dossier médical de Mon espace santé du patient, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données structurées. Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient.

ii. Rechercher et consulter une e-prescription

Le prescripteur peut consulter les données de la e-prescription, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescrit. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit

i. Consulter une e-prescription

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de la e-prescription, il peut interroger la base et récupérer les données de la e-prescription transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition

ii. Exécuter une e-prescription

Le professionnel prescrit exécute la prescription et enregistre dans la base des e-prescriptions :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes,
- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription,
- les informations d'identification du prescrit, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescrit a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de la e-prescription s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescrit adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des e-prescriptions des données d'exécution par le prescrit, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits prescrits selon la codification en vigueur).

AD *1* *my* *1*

PC MW NN *CSF* HC TF
by

5. Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescrit dans son logiciel métier. ».

5° - L'article 8.4.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle) » est complété par l'alinéa suivant :

« A compter de 2023, les centres de santé doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS. ».

6° - Les articles 9.2.6 intitulé « soutenir l'investissement dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé » et 9.3.2 intitulé « soutenir l'investissement des centres de santé infirmiers dans l'ouverture du Dossier Médical Partagé » sont supprimés.

Article 8 - Téléservices

1° - Les dispositions de l'article 42 intitulé « Les téléservices disponibles » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'offre de téléservices d'ores et déjà disponible sur le portail de l'assurance maladie « amelipro », avec un accès identifiant / mot de passe de la structure, concerne :

- 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 sur le portail de l'assurance maladie « amelipro », avec un accès en carte CPS du médecin salarié ou de l'infirmière salariée, concerne :

- les informations de droits du patient par saisie de NIR ou lecture carte Vitale,
- la patientèle médecin traitant du centre de santé,
- accès aux services suivants : Déclaration Simplifiée de Grossesse (DSG), Déclaration Médecin Traitant (DMT), Affection Longue Durée (ALD), Protocole de Soins Electronique (PSE), Avis d'Arrêt de Travail (AAT), Bilan de Soins Infirmiers (BSI)
NB : d'autres ouvertures de services sont prévus dans les prochains mois.

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). ».

AD
TR

1 2 3 4

MW NT CDF
dy

C PC

2° - Les dispositions de l'article 43 intitulé « Les téléservices en cours de finalisation » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 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 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.

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. ».

Article 9 – Nouveaux indicateurs

1° - L'article 9.1.3 intitulé « Informer le public des modalités de pratiques d'accès et d'organisation des centres de santé (critère optionnel) » est supprimé et remplacé par un nouvel article 9.1.3 intitulé « Implication des patients (critère optionnel) » et rédigé de la manière suivante :

« Article 9.1.3 – Implication des patients (critère optionnel) »

Les parties signataires souhaitent favoriser l'information à destination des patients sur l'organisation et le fonctionnement des centres de santé afin de faciliter leur accès aux soins.

Pour cela, la mise en place d'outils ou actions visant à consulter, informer et sensibiliser les usagers sur les services offerts par la structure mais aussi dans le cadre de son parcours de soins sont valorisés. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc.).

Par ailleurs, les parties signataires souhaitent favoriser l'implication des patients dans leur parcours de santé mais aussi dans les projets portés par le centre de santé. Ainsi, la mise en place d'outils ou actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers sont valorisés. ».

2° - Après l'article 8.5.5, il est créé trois nouveaux articles 8.5.6, 8.5.7 et 8.5.8 rédigés comme suit :

« Article 8.5.6 – Protocoles nationaux de coopération de soins non programmés (critère optionnel) »

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

Article 8.5.7 – Parcours insuffisance cardiaque (critère optionnel)

Dans le cadre de sa participation au parcours sur l'insuffisance cardiaque, la structure répond à un ou plusieurs des objectifs suivants :

- Identification de la patientèle présentant une insuffisance cardiaque (patientèle IC+) et/ou de la patientèle présentant une pathologie à risque d'évolution vers la constitution d'une insuffisance cardiaque (patientèle IC-) ;
- Optimisation du diagnostic précoce de l'insuffisance cardiaque (marqueurs biologiques prescrits selon orientation clinique) ;
- Optimisation de la fréquence de suivi médical (médecin généraliste, cardiologue, infirmiers) en ville et/ou en suivi externe en établissement selon les recommandations de la HAS 2014, notamment en sortie d'hospitalisation au décours d'une décompensation aiguë de l'insuffisance cardiaque ;
- Promotion de l'éducation thérapeutique, incluant l'appropriation des signes annonciateurs d'une décompensation de la pathologie ;
- Optimisation de la coordination des acteurs.

L'objectif commun est de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques.

Dans le cadre de ce parcours, un accompagnement par l'assurance maladie sera proposé.

Article 8.5.8 - Coordination d'un parcours surpoids et obésité de l'enfant (critère optionnel)

Pour pouvoir bénéficier de cet indicateur, la structure doit répondre à la mission de santé publique sur le thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 5).

Il s'agit de valoriser par cet indicateur les structures intégrées dans un parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité, tel que défini dans le code de la santé publique. ».

Article 10 - Autres mesures

1° - Les dispositions de l'article 15.1 intitulé « Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« A titre d'exemple, l'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 11 545 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients telle que visée à l'article 13.1 (hors forte activité) :

- 6 450 points pour le niveau socle, dont 3 200 points pour la partie fixe et 3 250 points pour la partie variable comprenant 3 050 points en fonction de la patientèle et 200 points en fonction du nombre de professionnels de santé salariés du centre ;
- 5 095 points pour le niveau optionnel, dont 3 695 points pour la partie fixe et 1 400 points pour la partie variable (en fonction de la patientèle/ETP).

(Handwritten signatures and initials)
A, M, N, C, PC, TF

A compter de 2022, est ajouté pour le niveau optionnel, les points variables valorisant l'effectif des soins non programmés (SNP) conformément à l'article 8.3.6 de l'accord national selon le barème suivant :

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

L'indicateur concerné est suivi trimestriellement et payé annuellement lors du paiement annuel de la rémunération forfaitaire. ».

2° - Les dispositions de l'article 15.2 intitulé « Pour les centres de santé infirmiers » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 3 375 points, pour une patientèle de référence de 450 patients telle que visée à l'article 13.3 :

- 2 050 points pour le niveau socle, dont 1 300 pour la partie fixe et 750 pour la partie variable comprenant 650 points variable en fonction de la patientèle et 100 points variable en fonction du nombre d'infirmiers salariés du centre ;
- 1 325 points pour le niveau optionnel, dont 925 pour la partie fixe et 400 pour la partie variable (en fonction de la patientèle). ».

3° - Les dispositions de l'article 15.3 intitulé « Pour les centres de santé dentaires » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 2 875 points, pour une patientèle de référence de 2 600 patients telle que visée à l'article 13.2 :

- 1 700 points pour le niveau socle, dont 1 150 pour la partie fixe et 550 points variable en fonction du nombre de chirurgiens-dentistes salariés du centre ;
- 1 175 points pour le niveau optionnel, dont 975 pour la partie fixe et 200 pour la partie variable (en fonction de la patientèle). ».

4° - Les dispositions de l'article 16.1 intitulé « Pour les centres médicaux ou polyvalents » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 1 340 points en part fixe.

A cette part fixe une attribution de 2 341 points en part variable peut s'ajouter répartis 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

- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 11 ETP PS
- 25 points par ETP médicaux et infirmiers au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis.
- 1400 points au titre des niveaux 1, 2 et 3 pour l'accompagnement spécifique aux publics vulnérables calculés sur la patientèle CSS et AME (cf. article 16.4)
- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre du DMP
- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre de la messagerie sécurisée de santé
- 300 points au titre du niveau 2 de l'indicateur « implication des usagers » calculés sur la base de la patientèle de référence (cf. article 13.1)

A compter de 2023, sont ajoutés 80 points variables répartis comme suit :

- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre de la e-prescription
- 40 points par ETP médecins généralistes dans la limite de 20 ETP au titre de l'application carte Vitale

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

5° - Les dispositions de l'article 16.2 intitulé « Pour les centres infirmiers » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 1 100 points en part fixe.

A cette part fixe une attribution de 2 098 points en part variable peut s'ajouter répartis comme suit :

- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 6 ETP infirmiers salariés
- 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
- 25 points par ETP infirmiers au titre de l'aide à l'équipement médicaux connectés dans la limite du nombre d'équipements connectés acquis
- 1 400 points au titre des niveaux 1, 2 et 3 pour l'accompagnement spécifique aux publics vulnérables calculés sur la patientèle CSS et AME (cf. article 16.4)
- 300 points au titre du niveau 2 de l'indicateur « implication des usagers » calculés sur la base de la patientèle de référence (cf. article 13.3)

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

6° - Les dispositions de l'article 16.3 intitulé « Pour les centres de santé dentaires » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

Handwritten initials: A, B, C, D

Handwritten initials: RW, NR, edf, CP, HC, PC, TR

« La rémunération du bloc commun complémentaire est fondée sur un total de 1 050 points en part fixe.

A cette part fixe une attribution de 1 870 points en part variable peut s'ajouter répartis comme suit :

- 50 points au titre des niveaux 2 et 3 de la démarche qualité calculés sur une moyenne de 4 ETP chirurgiens-dentistes salariés ;
- 120 points au titre de la télétransmission calculés sur une moyenne de 3 ETP chirurgiens-dentistes ;
- 1 400 points au titre des niveaux 1, 2 et 3 pour l'accompagnement spécifique aux publics vulnérables calculés sur la patientèle CSS et AME (cf. article 16.4) ;
- 300 points au titre du niveau 2 de l'indicateur « implication des usagers » calculés sur la base de la patientèle de référence (cf. article 13.2).

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

7° - Les dispositions de l'article 16.4 intitulé « Pour l'ensemble des centres de santé » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« La rémunération liée à l'accompagnement des publics vulnérables est calculée en fonction de la part de la file active CSS et AME du centre de santé (cf. article 15.6) rapportée au taux nationaux CSS et AME. » .

8° - Les termes « CMUC » sont remplacés par les termes « CSS » dans l'ensemble de l'accord et ses annexes.

9° - Les dispositions de l'article 9.6.4 intitulé « Pour les trois types de centres de santé » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Pour les patients bénéficiaires de la CSS, si le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national (actualisés tous les ans), ou, pour les patients bénéficiaires de l'AME, si le taux de précarité est supérieur à la part calculée au niveau national (actualisés tous les ans) 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% pour les centres de santé infirmiers et dentaires. ».

10° - Après l'article 28.9, il est inséré un nouvel article 28.10 rédigé comme suit :

« Article 28.10 - La valorisation de la prise en charge des patients présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO).

Afin d'améliorer la prise en charge des enfants présentant un trouble du neuro-développement et orientés vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO), est mis en place un forfait valorisant l'implication des orthophonistes dans ce type de prise en charge et les spécificités des contraintes liées aux PCO.

Ce forfait d'un montant de 50 euros comprend, le cas échéant, l'indemnité de déplacement et ne peut être coté qu'en association d'un acte effectué pour un enfant souffrant de troubles du

neuro-développement dans le cadre d'une prise en charge coordonnée par une plateforme PCO.

Le forfait est facturable dans ce cadre une fois par an et par patient jusqu'à la date anniversaire des 12 ans inclus de l'enfant.

Ce forfait n'est pas cumulable avec le forfait de prise en charge des patients en situation de handicap. ».

11° - L'article 28.7 de l'accord national intitulé « Forfait pour l'évaluation de l'environnement du domicile et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère » est modifié comme suit :

- Son intitulé est supprimé et remplacé par l'intitulé suivant : « Création d'un forfait pour l'évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en charge du patient en situation de handicap sévère. »
- Après les mots : « d'origine organique ou fonctionnelle nécessitant une rééducation » sont ajoutés les mots : « pour les patients atteints par les pathologies, lésions ou troubles inscrits à la NGAP » ;
- Après le premier alinéa, sont insérés 4 alinéas ainsi rédigés :

« Au regard de la situation et des besoins du patient, cette évaluation de l'environnement et de la stratégie de prise en charge peut également être réalisée :

- au sein d'un établissement scolaire, dans un lieu de vie ou d'accueil (dans un lieu de mode de garde) au bénéfice des enfants handicapés ;
- dans un lieu de formation au bénéfice des adultes handicapés.

Cette évaluation doit donner lieu à la rédaction de conclusions inscrites dans le dossier médical du patient. ».

- Le dernier alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« Ce forfait d'un montant de 50 euros comprend l'indemnité de déplacement. Il peut être coté seul ou en association d'un acte de rééducation réalisé au cabinet, au domicile ou lieu de vie. Il est facturable dans ce cadre une fois par an et par patient et, le cas échéant en cas d'aggravation importante de l'état de santé du patient, sans qu'il soit nécessaire que la prescription précise la mention « prise en charge à domicile ». »

Article 11 – ROSP

1° - L'article 24.4 intitulé « tableau des indicateurs de pratique clinique » est ainsi modifié :

- Le tableau intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de 2020 » est complété par les dispositions suivantes :

(Handwritten signatures and initials)

Thème	Sous-thème	indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Efficiencia	Efficiencia des prescriptions	Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	38%	\geq 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	\geq 3,8%		30

- La ligne correspondant au sous-thème « prescription de biosimilaires » du thème « efficacité » est supprimée et remplacée par la ligne suivante :

Efficiencia	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	\geq 40%	10 boîtes	39
-------------	-------------------------------	--	----	------------	-----------	----

- La ligne correspondant au total du tableau « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de 2020 » est supprimée et remplacée par la ligne suivante :

Total						393
-------	--	--	--	--	--	-----

2° - L'article 24.6 intitulé « Suivi du dispositif » est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Les modifications portant sur les paramètres d'un indicateur, le retrait d'un indicateur ou l'introduction d'un nouvel indicateur, faisant l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, sur mandat du collège des directeurs, publiée au Journal Officiel, sont applicables aux centres de santé. ».

[Handwritten signatures]

[Handwritten signatures: MW, NT, edf, Hc, PC, TF]

3° - L'annexe 25 de l'accord national, intitulée « Rémunérations sur objectif de santé publique » est ainsi modifiée :

- Le tableau intitulé « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de 2020 » est complété par les dispositions suivantes :

Thème	Sous-thème	indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Efficienne	Efficienne des prescriptions ?	Part des patients du centre de santé de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codélivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS (indicateur décroissant)	38%	\geq 16,7%	5 patients	30
		Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT du centre à ses patients MT (indicateur décroissant)	13,2%	\geq 3,8%	10 boîtes	30

- La ligne correspondant au sous-thème « prescription de biosimilaires » du thème « efficacité » est supprimée et remplacée par la ligne suivante :

Efficienne	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	4%	\geq 40%	10 boîtes	39
------------	-------------------------------	--	----	------------	-----------	----

- La ligne correspondant au total du tableau « Indicateurs de pratique clinique des centres de santé « médecin traitant » pour les patients âgés de seize ans et plus à compter de 2020 » est supprimée et remplacée par la ligne suivante :

Total						393
-------	--	--	--	--	--	-----

(Handwritten signatures and initials)

- le premier alinéa de l'indicateur intitulé « Prescription de biosimilaires » de l'article 2.1 intitulé « Les indicateurs pour les centres de santé ayant été choisis comme médecins traitants par des patients âgés de 16 ans et plus » est modifié comme suit :

« Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le centre de santé à ses patients MT. A compter de 2020, le dénominateur devient : « nombre de boîtes de médicaments appartenant au groupe biologique similaire d'insuline glargine de la liste de référence des groupes biologiques similaires établie par l'ANSM, prescrites par le MT à ses patients MT. ».

Article 12 – Adhésion à l'accord national

Les dispositions de l'article 12 du présent avenant entreront en vigueur au lendemain de la publication au journal officiel de l'avenant. A cette date, les dispositions relatives à la procédure d'adhésion à l'accord national s'appliqueront pour tous les centres de santé non conventionnés.

1° - L'article 50 de l'accord national intitulé « Modalités d'application de l'accord national » est supprimé et remplacé par un nouvel article 50 rédigé comme suit :

« Article 50 – Modalités d'adhésion à l'accord national »

Les centres de santé précédemment placés sous le régime de l'accord national publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 sont considérés tacitement comme y adhérant.

Pour les centres de santé nouvellement créés (est entendu par « création » la date d'attribution du numéro FINESS par l'ARS) ou non adhérents à l'accord national :

Les centres de santé précédemment placés en dehors de l'accord national, de même que les centres de santé nouvellement créés au cours de la vie conventionnelle qui souhaitent adhérer à l'accord national en font la demande par LRAR adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité.

Lors de sa création ou de son transfert hors du ressort géographique de la caisse de son installation initiale, le centre de santé transmet à la caisse dont il relève la copie de son projet de santé, le récépissé d'engagement de conformité valant autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux établi par le directeur général de l'ARS et indique son numéro d'identification (numéro FINESS) attribué par l'ARS. Il doit également fournir les données relatives à l'identification administrative du centre de santé (raison sociale, adresse, et le nom du représentant légal), la liste des professionnels de santé salariés du centre (préciser les noms prénoms et numéro RPPS des professionnels de santé salariés, ces informations devront être mises à jour à chaque changement en précisant les départs et arrivée de tous professionnels de santé salariés) et des personnels administratifs, ses statuts et son règlement intérieur le cas échéant. Les contrats de travail des professionnels de santé salariés ainsi que la preuve de leur inscription à l'Ordre, pour les professions relevant d'une profession ordinale, seront transmis également. Le centre de santé mettra à disposition de la caisse toute pièce justificative complémentaire permettant de justifier de sa conformité avec la réglementation en vigueur.

Handwritten initials: A, J, M, L

Handwritten initials: JP, M, N, C, H, C, P, T

Le centre de santé précise à sa caisse s'il relève de la spécialité de centre de santé médical, polyvalent, infirmier ou dentaire, au sens de l'article 3 du présent accord.

L'adhésion à l'accord national est effective dans les trente jours suivant la réception par la caisse de la demande de conventionnement, sous réserve de la complétude du dossier.

Les partenaires conventionnels rappellent leur attachement à une procédure simplifiée et souhaitent ainsi encourager la mutualisation des échanges entre les ARS et les caisses primaires pour accompagner au mieux les centres de santé dès leur création et notamment simplifier les démarches administratives.

Afin d'accompagner le centre de santé dans l'entrée dans l'accord national, un échange entre le centre de santé et sa caisse primaire de rattachement doit être organisé dans les 6 mois suivant le conventionnement. Il s'agit d'accompagner au plus près le centre de santé en lui communiquant notamment des informations actualisées pour l'aider dans sa pratique (facturation, prévention, mise en place des indicateurs de la rémunération forfaitaire,...), l'informatisation, gestion des cartes CPS, etc.

Une visite sur site peut être mise en place pour vérifier les bonnes conditions de mise en œuvre de l'accord national avec la possibilité de consulter tous les documents relatifs à l'activité du centre de santé et des professionnels qui y exercent. La visite sur site peut intervenir à tout moment du conventionnement du centre de santé et autant de fois que nécessaire ; en cas de suspicion de fraude, le centre de santé n'est pas avisé de la visite des services de la caisse et/ou du service médical.

Pour tous les centres de santé conventionnés :

Le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée, au titre de l'année civile et ce, une fois par an. La caisse peut également modifier la spécialité d'un centre de santé lorsque celle-ci ne correspond pas à l'activité observée à partir des données issues du système d'information de l'assurance maladie au titre d'une année civile complète. Dans ce cadre, la caisse informe le gestionnaire du centre de santé, au plus tard deux mois avant la modification de cette spécialité par tout moyen, autre que par messagerie électronique, permettant de déterminer la date de réception de cette modification.

En cas de désaccord du gestionnaire du centre de santé, le dossier est soumis à l'avis de la commission paritaire régionale ou départementale par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie.

En cas de modification substantielle de ses conditions d'exercice correspondant à une modification du projet de santé (ouverture d'un nouveau local, fermeture du centre de santé ou déménagement, modification de la spécialité du centre de santé, changement de gestionnaire, introduction ou arrêt d'une des activités ou spécialités exercées ...) et/ ou de modification de la liste des professionnels de santé salariés du centre dont le numéro RPPS, le centre de santé s'engage à en informer la caisse de son lieu d'installation dans le délai d'un mois à compter de la date de modification.

Le non-respect des dispositions ci-dessus peut entraîner l'application des sanctions prévues pour le non-respect des engagements conventionnels. ».

AD *A* *M* *B* *L* *M* *N* *est* *GP* *VF* *HC* *PC*

2° Est ajouté un deuxième alinéa à l'article 51 intitulé « Engagement conventionnel » et rédigé comme suit :

« Les centres de santé non conventionnés sont soumis aux tarifs d'autorité et sont placés dans la même situation que les centres de santé déconventionnés au regard de l'accord national. ».

3° - Le dernier paragraphe du sous-titre 4 intitulé « le non-respect des engagements conventionnels » est supprimé.

4° Après le 8^{ème} alinéa de l'article 58 intitulé « examen des manquements » sont ajoutés les alinéas suivants :

« - La non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens du présent accord et de la réglementation ;

- la facturation d'actes non réalisés ;
- le non-respect de l'obligation de réaliser à titre principal des prestations remboursables par l'assurance maladie ;
- la facturation, de façon répétée, d'actes non médicalement justifiés constatés par le service du contrôle médical;
- le non-respect des règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles et des cartes vitales dont le détournement de leur usage en dehors de toute dérogation autorisée par l'assurance maladie ;
- le manquement à l'obligation de fournir un devis préalable conforme à l'annexe 26 du présent accord lorsqu'il est obligatoire ;
- le non-respect de façon répétée des honoraires limites de facturation des actes dentaires ;
- le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un des professionnels salariés du centre de santé ;
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télésanté telles que prévues par les conventions nationales monoprofessionnelles ;
- le non-respect des conditions ayant permis le conventionnement à titre dérogatoire en zone sur-dotée
- le défaut de transmission des informations quant aux modifications substantielles des conditions d'exercice. ».

5° - Après le troisième alinéa de l'article 59 intitulé « procédure » est inséré un alinéa rédigé comme suit :

« Cette procédure de mise en demeure n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM de la facturation par le centre de santé d'actes non réalisés. ».

6° - Après le troisième alinéa de l'article 60 intitulé « mesures de sanctions » est ajouté un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« - Suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte (rémunération forfaitaire spécifique, ROSP, FPMT, MPA, ...) ».

AD *A* *M* *L*

PC *MU* *NO* *CAF*

HC *TR*

Article 13 - Commission paritaire

1° - Après l'article 54.1, il est ajouté un nouvel alinéa à l'article 54.2 intitulé « Missions » rédigé comme suit :

« - les demandes de conventionnement dans les zones « sur dotées » en application de l'article 19.12 du présent accord national. ».

2° - Après le 7^{ème} alinéa de l'article 55.2 intitulé « Missions » sont insérés quatre alinéas rédigés comme suit :

- d'examiner les demandes d'installation sous convention en zones sur-dotées conformément aux conditions et procédures définies à l'article 19.12 du présent accord ;
- d'examiner les demandes d'installation sous convention à titre dérogatoire conformément aux conditions et procédures définies au b de l'article 19.12.3 du présent accord ;

Chaque CPR ou CPD est saisie pour avis :

- sur les projets de contrats types conclus par l'ARS ainsi que sur le projet d'arrêté de zonage régional. ».

3° - Est ajoutée à l'annexe 28 intitulée : « règlement intérieur des commissions paritaires » un nouvel article 8 rédigé comme suit :

« Article 8 - Commissions électroniques et par visio-conférence

A titre exceptionnel, pour tenir compte des difficultés d'organisation rencontrées (éloignement des représentants de la section professionnelle du lieu d'implantation de l'instance paritaire par exemple), les membres de la commission peuvent décider, après accord du président et du vice-président, de se réunir par visio-conférence ou de solliciter l'avis de la commission par courriel.

La Commission peut alors se réunir et délibérer par voie électronique ou par visio conférence, avec l'accord de son président et de son vice-président, sous réserve de la conservation des échanges et des décisions prises.

Il est également possible de valider, par voie électronique ou par visio conférence, le compte-rendu des réunions et d'arrêter par ce biais l'ordre du jour des réunions d'instances paritaires conventionnelles, sous réserve de la conservation des échanges.

En cas de visio-conférence, le secrétariat de l'instance conventionnelle envoie un message aux participants pour indiquer la tenue de cette délibération par visio conférence, la date et l'heure de son début ainsi que de la date et de l'heure à laquelle interviendra au plus tôt sa clôture, au moins 15 jours à l'avance.

La commission tenue par visio conférence ou par voie électronique et les décisions prises dans ce cadre sont valides à la condition que l'ensemble des participants disposent des moyens techniques permettant leur participation effective pendant la durée de la délibération. ».

Article 14 – ANNEXE

Les annexes 1 et 1 bis sont modifiées comme suit :

A 1^{er} 1

KW NT ~~CS~~
de

Ac PL TF

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

	Points		Points		Points
	Fixe	Variable	Fixe	Variable	
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT			CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle
Accès aux soins					
Accessibilité du centre (2 critères) : large amplitude horaire, accès à des soins non programmés (socle et prérequis)	800		Accessibilité du centre (1 critère) : accès à des soins programmés et non programmés (socle et prérequis)		400
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)		
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA					
Si forte activité infirmière : 1 mission infirmière supplémentaire (optionnel)		200			
Si forte activité dentaire : 1 mission dentaire supplémentaire (optionnel)		200			400
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 2 jours/mois)	300				
Consultations de spécialistes de second recours ou accès à sage-femme ou chirurgien-dentiste (au moins 0,5 ETP) (points supplémentaires)	300				
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 paramédicales différentes)	300				
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)	300				
					200





<p>Accueil d'au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale y compris pour les centres de santé infirmiers ou dentaires ayant changé de spécialité au sens de FINISS du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP de médecin généraliste salarié (optionnel)</p>	200		
Réponse aux crises sanitaires graves (socle et prérequis)			
<p>Rédaction d'un plan de préparation (quelle que soit la situation sanitaire) pour la rédaction d'un plan de préparation et ses mises à jour</p>	100	100	100
<p>Mise en œuvre d'actions Dès la survenue d'une crise sanitaire grave, est valorisée toute action pouvant répondre aux besoins en soins des patients en lien avec le plan de préparation rédigé</p>	350	350	350
Soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins (optionnel)			
<p>Le centre de santé s'organise pour participer au SAS et répondre aux indicateurs tels que définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6</p>	200		







Points		Points		Points		Points		
Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable	
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle		Fixe	Variable	
Travail en équipe/coordination								
<u>Concertation pluriprofessionnelle</u> formalisée et régulière (6 réunions/an et 5 % des patients du centre de santé) (<i>socle</i>)		1000	<u>Concertation professionnelle</u> : réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an) (<i>socle</i>)		400	<u>Concertation professionnelle</u> : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (<i>socle</i>)		200
Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA (<i>optionnel</i>)		200	Concertation professionnelle si convention entre MSP et CDS (<i>optionnel</i>)		100			
Si forte activité dentaire : réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions/an) (<i>optionnel</i>)		200	<u>Formation des jeunes PS</u> (1 stage/an) (<i>optionnel</i>)		250	<u>Formation des jeunes PS</u> (1 stage/an) (<i>optionnel</i>)		250
<u>Formation des jeunes PS</u> (2stages/an)(<i>optionnel</i>):		450	1 stage supplémentaire (<i>optionnel</i>)		225	1 stage supplémentaire (<i>optionnel</i>)		225
Stagiaire médecins (dans la limite des 2 stages/an. 1 stage étant valorisé 50 points) supplémentaire (<i>optionnel</i>)		100						
Si 3 ^{ème} stage et 4 ^{ème} stage (points par stage) (<i>optionnel</i>)		225						
Si forte activité infirmière : 1 stage infirmière (<i>optionnel</i>)		225						
Si forte activité dentaire : 1 stage dentaire supplémentaire (<i>optionnel</i>)		225						
<u>Coordination externe</u> (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 (<i>optionnel</i>)		200	<u>Coordination externe</u> (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 (<i>socle</i>)			<u>Coordination externe</u> 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) (<i>optionnel</i>)		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) (<i>optionnel</i>)		200				300		

<p>Protocoles pluri-professionnels (1 critère) : élaboration en référence aux recommandations de la HAS pour la prise en charge et le suivi des patients concernés (<i>socle</i>)</p>	800	<p>Protocoles pluri-professionnels (8 protocoles au maximum) : Participation à l'élaboration des protocoles pluri-professionnels dans le cadre d'une convention avec une MSP (<i>optionnel</i>)</p>	200	
<p>Si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA (40 points par protocoles dans la limite de 8) (<i>optionnel</i>)</p>	320		200	
<p>Fonction de coordination (socle et prérequis) Assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement</p>	1700 points (jusqu'à 8 000 patients) 1100 points (au-delà de 8 000 patients)	<p>Fonction de coordination (socle et prérequis) Fonction de coordination interne organisée</p>	200	<p>Fonction de coordination (socle et prérequis) Assurée par des personnes exerçant au sein du centre (temps identifié et dédié à cette fonction) ou par du personnel recruté spécifiquement</p>
<p>Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS (ETP médecins généralistes) (<i>optionnel</i>) - agenda ouvert au public ou partagé avec le SAS permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes/ETP médecin généraliste par semaine ; - et être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de SNP dans le cadre du SAS.</p>	200			
<p>valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS - 10 points de 5 à 15 SNP réalisées sur le trimestre - 30 points de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre - 50 points de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre - 70 points de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre - 90 points de 46 à 75 SNP réalisés sur le trimestre - 120 points de 76 à 100 SNP réalisés sur le trimestre</p>	160			
<p>- 160 points au-delà de 100 SNP réalisés sur le trimestre</p>				

PE pour NT eff HC DR dr

Protocoles de coopération SNP (<i>optionnel</i>) dans la limite des 6 protocoles nationaux	600				
<u>Parcours insuffisance cardiaque (<i>optionnel</i>)</u>		100			
parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (<i>optionnel</i>)	100				



 PC : PCW NPT CDS HC TR DR

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points		Points		Points	
	Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variable
Echange/Système d'information						
<p><u>Système d'information</u> (1 critère) : conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau standard intégrant les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé.</p> <p>A compter de 2023, les centres de santé doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS.</p> <p><i>(socle et prérequis)</i></p>	200	200	<p><u>Système d'information</u> (1 critère) : permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé structuré partagé entre professionnels du centre, l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée)</p> <p><i>(socle et prérequis)</i></p>		<p><u>Système d'information</u> (1 critère) : permettant la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (à terme compatible DMP, messagerie sécurisée)</p> <p><i>(socle et prérequis)</i></p>	
	500	150	400	100	250	200
Si forte activité dentaire : système d'information permettant la tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le système d'information du centre de santé polyvalent <i>(optionnel)</i>	450		<p>Acquisition d'un logiciel pluriprofessionnel labellisé par l'agence du numérique en santé <i>(optionnel)</i></p>		<p>dentistes salariés du centre de santé jusqu'à 6 et 150 points par chirurgien dentistes salariés du centre de santé au-delà de 16 PS</p>	
Système d'information pluriprofessionnel conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau avancé <i>(optionnel)</i>	100	150			<p>dentistes salariés du centre de santé au-delà de 6</p>	

Précarité : Prise en charge du public précaire (CSS+ AME)
 Majoration égale à la différence entre le taux national de patients CSS et AME et le taux de la structure en pourcentage
 Majoration au maximum de 2.5% (pour les CSI et CDS dentaires)

TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL <i>si tous les critères et objectifs sont remplis (hors critères activité significative et tranche SNP)</i>	6895	4650	2225	1150	2125	750
---	------	------	------	------	------	-----

(Handwritten signatures and initials)

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

		Points		Points		Points					
		Fixe	Variable	Fixe	Variable	Fixe	Variabl				
CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT		CENTRE DE SANTE INFIRMIER Structure mono-professionnelle		CENTRE DE SANTE DENTAIRE Structure mono-professionnelle		Fixe	Variabl				
Travail en équipe/coordination											
<p>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) <i>(optionnel)</i></p> <p>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)</p> <p>2ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ</p> <p>3ème niveau (pour 11 ETP de PS en moyenne): 100% des critères intégrés au PAQ atteints</p> <p>4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité</p>		<p>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) <i>(optionnel)</i></p> <p>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)</p> <p>2ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ</p> <p>3ème niveau (pour 6 ETP IDE en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints</p> <p>4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité</p>		<p>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) <i>(optionnel)</i></p> <p>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)</p> <p>2ème niveau (pour 4 ETPCD en moyenne) : atteinte d'au moins 50% des critères du référentiel intégrés au PAQ</p> <p>3ème niveau (pour 4 ETP CD en moyenne) : 100% des critères intégrés au PAQ atteints</p> <p>4ème niveau : certification par audit externe d'un organisme habilité</p>		100	25	100	25	100	25
<p>Accompagnement des publics vulnérables : (optionnel)</p> <p>Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)</p> <p>Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées) 200</p> <p>Si présence d'un médiateur 300</p> <p>Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées) 400</p> <p>Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées) 800</p> <p>Implication des usagers (optionnel)</p> <p>Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients) 200</p> <p>Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision) 300</p>		<p>Accès aux soins</p> <p>Accompagnement des publics vulnérables : (optionnel)</p> <p>Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)</p> <p>Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées) 200</p> <p>Si présence d'un médiateur 300</p> <p>Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées) 400</p> <p>Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées) 800</p> <p>Implication des usagers (optionnel)</p> <p>Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients) 200</p> <p>Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision) 300</p>		<p>Accompagnement des publics vulnérables (optionnel)</p> <p>Identifier et repérer les publics, comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités, aller vers et faire avec, se coordonner avec les acteurs (3 niveaux cumulables)</p> <p>Niveau 1 (si 2 des 4 actions réalisées) 200</p> <p>Si présence d'un médiateur 300</p> <p>Niveau 2 (si 2 des 4 actions réalisées) 400</p> <p>Niveau 3 (si 2 des 4 actions réalisées) 800</p> <p>Implication des usagers (optionnel)</p> <p>Niveau 1 (la consultation, l'information et sensibilisation des patients) 200</p> <p>Niveau 2 (la co-construction, le partenariat, la co-décision) 300</p>		200	300	200	300	200	300

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
Echange/Système d'information								
Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) (optionnel)			Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) (optionnel)			Télétransmission et téléservices (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) (optionnel)		
Télétransmission (aide pérenne)		440	Télétransmission (aide pérenne)		240	Télétransmission (aide pérenne)		120
SCOR (sur 3,3 ETP paramédicaux)		46	SCOR		83			
Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices (optionnel)	90							
Equipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (optionnel)	50		Equipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation (optionnel)	50				
<i>Si le centre de santé salarie des infirmières participant à la téléconsultation : valorisation de l'équipement pour vidéotransmission</i>	50							
Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télé-médecine (par ETP médicaux et infirmiers) (optionnel)		25	Equipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télé-médecine (optionnel)		25			
Capacité à coder les données (optionnel)	100							
Remplissage du DMP (optionnel)		40						
20 % des consultations donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)		40						
Usage de la MSS (optionnel)		40						
au moins 5 % des consultations comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)		40						
E-prescription (optionnel) - 2023		40						
50 % des prescriptions de produits de santé établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)		40						
Application carte vitale (optionnel) - 2023		40						
5 % des FSE réalisées avec l'application carte Vitale (par ETP MG dans la limite de 20 ETP)		40						
TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE si tous les critères et objectifs sont remplis (hors 2023)	1340	2341		1100	2098		1050	1870





Fait à Paris, le 14 Avril 2022

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
M. Thomas FATOME, Directeur Général,



Et

Pour ADEDOM,
M. Patrick MALPHETTES, Président,



Pour la Fédération Nationale de la Mutualité
Française, M. Eric CHENUT, Président,



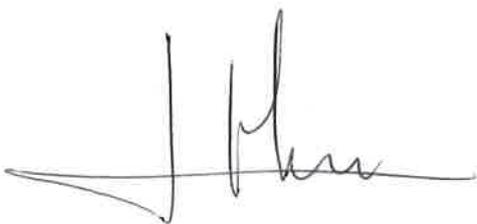
Pour la Fédération des Mutuelles de France,
M. Jean-Paul BENOIT, Président,



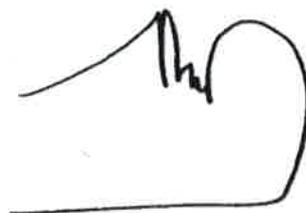
Pour la Fédération des Etablissements
Hospitaliers et d'Aide à la Personne, M. Antoine
PERRIN, Président,



Pour la Fédération Nationale des Centres de
Santé, Mme Hélène COLOMBANI, Présidente,



Pour la Fédération Nationale des Institutions de
Santé d'Action Sociale d'Inspiration Chrétienne,
M. Alain RONDEPIERRE, Président,



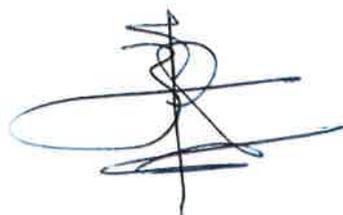
Pour l'Union Nationale ADMR,
Mme Marie-Josée DAGUIN, Présidente,



Pour l'Union Nationale de l'Aide, des Soins et
des Services aux Domiciles, Mme Marie-Reine
TILLON, Présidente,



Pour la Confédération des centres de Santé,
M. Mohamed BOUCHEBBAT, Président,



Pour la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité
Sociale dans les Mines, M. Gilles de
LACAUSSADE, Directeur Général,

