

Montreuil, le 25 avril 2013

COMMUNIQUE DE PRESSE FNCS

19 avril 2013, l'ACCORD NATIONAL DES CENTRES de SANTE est reconduit tacitement.

Encore 5 ans de mépris ?

L'accord national qui lie les centres de santé aux caisses d'assurance maladie a été promulgué le 19 avril 2003 puis reconduit tacitement en 2008. Ces deux reconductions tacites successives signifient-elles que les négociateurs du premier accord national avaient écrit un texte d'une telle pertinence et d'une telle vision historique qu'il n'ait pas été nécessaire de le modifier, sauf de façon extrêmement marginale ?

En effet, le texte promulgué en 2003 n'a été amendé par voie d'avenant que quatre fois en dix ans¹, et jamais sur le fond. Durant la même période, les seuls médecins libéraux signaient deux conventions nationales et une bonne trentaine d'avenants.

Aucune des dispositions contenues dans les différentes conventions avec les professionnels libéraux n'a été transposée aux centres de santé, contrairement à ce que prévoit la loi (article L.162-32-1 du Code de la sécurité sociale). Ces derniers restent donc exclus de certains dispositifs utiles à leurs patients comme le forfait ALD, les tests de diagnostic rapide des angines ou le dépistage des cancers².

Cette absence totale de vie conventionnelle est entièrement de la responsabilité de la direction de la CNAM qui s'est toujours refusée, sur des prétextes variés et le plus souvent sans aucune explication, à entamer la moindre discussion avec les organisations de gestionnaires de centres de santé signataires de l'accord, malgré les nombreuses demandes de celles-ci.

Pour ce qui concerne la situation actuelle, la reconduction tacite de l'accord ne résulte pas d'un accord formalisé des parties signataires mais une fois de plus de l'absence de dialogue et de l'impossibilité d'ouvrir la moindre négociation pour adapter l'accord à un contexte sanitaire et social dont chacun conviendra qu'il a notablement changé en 10 ans.

Et maintenant ?

Il n'est plus légalement possible de renégocier un nouvel accord. Seule la voie d'une adaptation du texte existant, par l'intermédiaire d'avenants structurants, est possible.

Cette solution suppose que la direction de la CNAM accepte enfin de négocier réellement avec les gestionnaires de centres de santé.

Comme il nous apparaît improbable que celle-ci change spontanément et soudainement d'attitude, **il est absolument indispensable que le pouvoir politique, gouvernement et parlement, donne des signes forts de leurs orientations concernant le système de soins ambulatoires de premier recours en général, et l'exercice regroupé et coordonné en centre de santé en particulier.**

Si cette impulsion est donnée, les négociations devraient alors pouvoir commencer rapidement sur des thèmes précis et avec la volonté d'aboutir.

Nous proposons que soient abordés en priorité les thèmes suivants :

- La déclinaison immédiate aux centres de santé de toutes les dispositions liées à la fonction de médecin traitant dont ils sont actuellement exclus (forfait ALD et nouveaux forfaits prévus par l'avenant n° 8 de la convention avec les médecins libéraux).
- La déclinaison des aides à l'installation et au maintien dans les zones déficitaires et fragiles.
- L'enrichissement du socle commun de l'accord en y intégrant les éléments constitutifs de l'actuelle option de coordination. Il s'accompagnerait, pour les centres médicaux et polyvalents, d'une rémunération forfaitaire basée, non plus sur un engagement individuel des patients, renouvelé chaque année, mais sur le nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant parmi les praticiens du centre.
- La généralisation du résultat de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (eNMR), sur une base commune avec les maisons de santé, préfigurant le tronc conventionnel commun aux structures pratiquant l'Exercice Regroupé et Coordonné (ERC) que nous proposons³.
- Le financement forfaitaire des pratiques spécifiques organisationnelles sur la base d'une démarche qualité du type « matrice de maturité ».
- Le financement du tiers payant ou la prise en charge de son traitement, en direction de l'ensemble des régimes obligatoires et complémentaires, par une caisse pivot.⁴
- En matière de systèmes informatiques, l'actualisation du financement de la télétransmission et une aide à la mise à niveau des systèmes d'information des centres afin de permettre leur interopérabilité avec ceux des autres acteurs du système de santé (condition essentielle à la coordination des soins).
- La simplification des démarches administratives par l'accès aux prestations du Web médecin et au contrôle des droits des assurés sociaux sur Ameli.fr.

Cette liste, non exhaustive, paraît bien longue. Un travail conventionnel conséquent aurait prévenu cette inflation revendicative...

La FNCS, ainsi que l'ensemble des organisations de gestionnaires de centres de santé, sont disponibles pour participer sans délai à une négociation sérieuse sur ces sujets et sur l'ensemble des questions relevant du domaine conventionnel.

Contact :

Dr Richard LOPEZ, président de la FNCS : president@fncs.org - 06 08 28 40 81

Dr Hélène COLOMBANI, secrétaire générale de la FNCS - 06 16 60 20 74

¹ Les textes de l'Accord national et de ses quatre avenants (purement techniques) sont consultables sur le site de l'assurance maladie : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/gestionnaires-de-centres-de-sante/votre-convention/l-8217-accord-national.php>

² Ce ne sont que des exemples dans les domaines variés du soin, la bonne utilisation des antibiotiques ou du dépistage des cancers

³ Lire à ce sujet notre déclaration de septembre 2012 sur <http://www.fncs.org/Nos-Analyses-et-Propositions>

⁴ Voir à ce sujet notre communiqué de presse : « Les centres de santé 100% tiers payant » <http://www.fncs.org/Nos-Communiqués-de-presse>