

ACCORD NATIONAL

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

Entre, d'une part,

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

Et, d'autre part,

Adessadomicile Fédération nationale, représentée par Patrick MALPHETTES, président ;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Désignées ci-après comme « les parties signataires »,

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

PRÉAMBULE

Préserver l'égalité d'accès aux soins et faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies sont des priorités de santé publique. Les centres de santé représentent, à ce titre, un maillon indispensable du système de soins.

L'assurance maladie et les représentants des gestionnaires de centres de santé entendent contribuer conjointement au renforcement de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire. C'est pourquoi, afin de conforter la place des centres de santé dans l'offre de soins ambulatoires, les parties signataires ont défini ensemble un cadre rénové de partenariat permettant de donner un nouvel essor à la modernisation et à l'adaptation des structures aux besoins actuels des assurés sociaux, dans le respect de l'ONDAM et sur la base d'indicateurs de processus et de résultats.

Afin de reconnaître leur identité commune, ce nouveau cadre conventionnel s'adresse à l'ensemble des centres de santé quel que soit leur type d'activité.

Les parties signataires s'accordent sur la mise en œuvre de mesures visant à développer la prise en charge coordonnée des patients par les différents professionnels de santé, à renforcer l'accès aux soins sur tout le territoire, à valoriser la qualité des pratiques et l'efficacité et enfin à simplifier les échanges entre les centres de santé et l'assurance maladie.

Offrir des nouveaux services aux patients en mettant à profit le travail d'équipe

Les parties signataires s'accordent sur le fait que la prise en charge coordonnée des patients constitue un des leviers majeurs d'amélioration de la qualité des soins aux patients et de leur qualité de vie. Dans ce cadre, elles souhaitent mettre en place une organisation permettant d'améliorer l'accessibilité des soins, la coordination des professionnels de santé et le développement des systèmes d'information facilitant le travail en équipe au sein des centres de santé.

Elles entendent également encourager au sein des centres de santé, des dynamiques d'amélioration continue de la qualité dans l'organisation et la dispensation des soins, ainsi qu'une démarche d'accompagnement des patients présentant des problématiques sociales complexes qui nécessitent une orientation particulière pour une prise en charge adaptée de leur santé.

A ce titre, les parties signataires valorisent l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins en centres de santé par une rémunération forfaitaire fondée sur leur engagement à remplir ces objectifs partagés.

Renforcer l'accès aux soins

Le renforcement de l'accès aux soins est une priorité de l'accord national. Les parties signataires mettent ainsi en place des mesures en faveur de l'amélioration de la répartition de l'offre de soins et de son accessibilité. En outre, l'accord propose un engagement optionnel aux centres de santé ayant une activité dentaire visant à favoriser l'accès aux soins prothétiques et d'orthodontie et la pratique des soins conservateurs.

Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales

Les signataires de l'accord affirment leur volonté de mettre en place les mesures nécessaires à l'amélioration des pratiques médicales et à leur efficacité, notamment par la poursuite de l'informatisation des centres de santé afin de favoriser la tenue du dossier médical et le partage de l'information en interne, comme avec les autres acteurs externes de la prise en charge, de manière sécurisée.

Les signataires réaffirment leur engagement dans la prévention et dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé,

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

Moderniser et améliorer les échanges et la vie conventionnelle

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

PROJET

Contenu

TITRE 1 : CONFORTER LA PLACE DES CENTRES DE SANTÉ DANS LES SOINS DE PROXIMITÉ.....	7
Sous-Titre 1 : Dispositions générales.....	7
Sous-Titre 2 : Améliorer l'Accessibilité, l'Organisation et la Coordination des soins en centre de santé.....	8
Sous-Titre 3 : Améliorer l'accès aux soins de proximité.....	30
Sous-Titre 4 : Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient.....	32
TITRE 2 - MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL.....	51
TITRE 3 – GESTION DES ECHANGES AVEC L'ASSURANCE MALADIE.....	55
Sous-titre 1 : les échanges électroniques.....	55
Sous -Titre 2 : les outils d'aide à la gestion du tiers-payant.....	59
Sous-Titre 3 : Les téléservices.....	60
Sous-Titre 4 : Les actions d'accompagnement.....	61
TITRE 4 – VIE CONVENTIONNELLE.....	63
Sous-titre 1: durée, dénonciation et résiliation de l'accord national.....	63
Sous-titre 2 : modalités de notification et d'adhésion.....	63
Sous-titre 3 : instances conventionnelles.....	65
Sous-titre 4 : le non-respect des engagements conventionnels.....	69
ANNEXE 1 : MODALITÉS DE CALCUL DES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES DU BLOC COMMUN : BLOC COMMUN PRINCIPAL.....	73
ANNEXE 1 BIS : MODALITÉS DE CALCUL DES RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES DU BLOC COMMUN : BLOC COMMUN COMPLÉMENTAIRE.....	76
ANNEXE 2 : CHARTE D'ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTÉ MÉDICAL OU POLYVALENT....	78
ANNEXE 3 : CHARTE D'ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTÉ INFIRMIER.....	79

ANNEXE 4 : CHARTE D'ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTÉ DENTAIRE.....	81
ANNEXE 5 : MISSIONS DE SANTÉ PUBLIQUE DÉFINIES EN FONCTION DES OBJECTIFS DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ.....	82
ANNEXE 6 : MODÈLE-TYPE DE SYNTHÈSE POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES PUBLICS VULNÉRABLES.....	85
ANNEXE 7 : DISPOSITIF DE SCANNÉRISATION DES ORDONNANCES « SCOR ».....	87
ANNEXE 8 : CONTRAT INCITATIF DES CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX OU POLYVALENTS.....	92
ANNEXE 9 : FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTÉ MÉDICAUX OU POLYVALENTS.....	95
ANNEXE 10 : FICHE DE SUIVI DES ADHÉRENTS.....	96
ANNEXE 11 : CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTÉ INFIRMIERS.....	97
ANNEXE 12 : FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTÉ INFIRMIERS.....	100
ANNEXE 13 : FICHE DE SUIVI DES ADHÉRENTS.....	101
ANNEXE 14 : CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTÉ DENTAIRE.....	102
ANNEXE 15 : FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTÉ DENTAIRE.....	105
(OPTION 1).....	105
ANNEXE 16 : FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT INCITATIF CENTRES DE SANTÉ DENTAIRE.....	106
(OPTION 2).....	106
ANNEXE 17 : FICHE DE SUIVI DES ADHÉRENTS.....	107

ANNEXE 18 : MAJORATIONS D'ACTES SPÉCIFIQUES À LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES.....	108
ANNEXE 19 : MAJATIONS SPÉCIFIQUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS DENTAIRE.....	109
ANNEXE 20 : CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRE VISANT À MAITRISER LES DÉPASSEMENTS DES TARIFS DES ACTES PROTHÉTIQUES ET ORTHODONTIQUES.....	110
ANNEXE 21 : FORMULAIRE D'ADHÉSION AU CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRE VISANT À MAITRISER LES DÉPASSEMENTS DES TARIFS DES ACTES PROTHÉTIQUES ET ORTHODONTIQUES.....	113
ANNEXE 22 : DISPOSITIF DE PRÉVENTION BUCCO-DENTAIRE.....	114
ANNEXE 23 : LISTE DES SOINS CONSÉCUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMENS BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES.....	120
ANNEXE 24 : RÉMUNÉRATION DU CENTRE DE SANTÉ AYANT ÉTÉ DÉCLARÉ COMME MÉDECIN TRAITANT POUR LE SUIVI DE CERTAINS PATIENTS.....	124
ANNEXE 25 : RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE.....	125
ANNEXE 26 : DEVIS TYPE POUR LE TRAITEMENT ET ACTES BUCCO-DENTAIRE FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE.....	128
ANNEXE 27 : FORMULAIRE D'ADHÉSION DU CENTRE DE SANTÉ À L'ACCORD NATIONAL DESTINÉ À ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LES CENTRES DE SANTÉ ET LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE.....	133
ANNEXE 28 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR DES COMMISSIONS PARITAIRES.....	135

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

Sous-Titre 1 : Dispositions générales

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

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

Ils sont créés et gérés :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les organismes d'assurance maladie s'engagent à respecter la mise en œuvre des dispositions du présent accord, en particulier en reconnaissant la spécificité des centres de santé dans leur mode de fonctionnement et en favorisant l'offre de services utiles à leur organisation.

Article 3. Champ de l'accord

Le présent accord national s'applique :

- d'une part, aux centres de santé installés sur le territoire français ayant dûment déclaré leur activité auprès de l'agence régionale de santé (ARS) de leur ressort géographique par l'envoi de leur projet de santé et ayant reçu un numéro d'identification par cette ARS ,
- d'autre part, aux organismes locaux de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire.

La date d'ouverture du droit à exercer des soins pour le centre de santé est la date d'attribution du numéro d'identification (FINESS) par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de son ressort géographique.

Dans le présent accord, on entend par centre de santé, la personne morale gérant le centre de santé. Cette personne morale désigne le représentant légal qui engage le centre de santé dans le respect du présent accord.

Dans le présent accord, on entend par caisse primaire d'assurance maladie, la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de la sécurité sociale indifféremment.

Dans le présent accord, on entend par organismes locaux d'assurance maladie, les organismes relevant de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Dans le présent accord est désigné comme :

- centre de santé médical, le centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive,
- centre de santé polyvalent :
 - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,
- centre de santé dentaire, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé,
- centre de santé infirmier, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

Sous-Titre 2 : Améliorer l'Accessibilité, l'Organisation et la Coordination des soins en centre de santé

Article 4. Principe d'une rémunération forfaitaire spécifique commune à tous les centres de santé

Les parties signataires reconnaissent l'identité commune et partagée par tous les centres de santé quelle que soit leur activité, ainsi que l'apport qu'ils représentent pour l'offre de soins de premier recours.

Leur spécificité, fondée sur la recherche d'une prise en charge globale, inclut une approche de promotion individuelle et collective de la santé, avec un fort contenu social.

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

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

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

Article 5. Définition du bloc commun principal

Le premier bloc d'engagements reprend, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, les engagements et modalités de rémunération fixés par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité¹.

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

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

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

Des engagements socle et des engagements optionnels sont distingués.

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

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

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

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

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

Article 6. Définition du bloc commun complémentaire

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

Il s'agit d'une part, d'objectifs d'organisation, de qualité de service et de mise en place de procédures de repérage et d'accompagnement de publics en situation de vulnérabilité pour l'ensemble des centres et d'autre part, d'objectifs plus spécifiques pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, en matière de dossiers informatisés de patients et d'utilisation des téléservices de l'assurance maladie.

Ce deuxième bloc est composé d'engagements optionnels.

Article 7. Fonctionnement du dispositif de rémunérations

Un tableau, récapitulant les objectifs et leur valorisation, figure en annexe 1 et 1 bis.

Il détaille les engagements spécifiques et les rémunérations afférentes pour chaque type de centre (centre de santé médical ou polyvalent, centre de santé dentaire et centre de santé infirmier) grâce à la définition de critères ou d'indicateurs.

Le niveau de rémunération dépend du niveau d'atteinte des objectifs mesuré selon des critères ou indicateurs et varie pour certains, en fonction de la taille de la patientèle ou du nombre de professionnels de santé.

Pour les centres de santé polyvalents, lorsque les critères ou les indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs ont été respectés, des rémunérations supplémentaires fondées sur ces critères ou indicateurs, mais propres à l'activité infirmière, peuvent s'ajouter sous réserve que le nombre d'infirmiers exerçant en équivalent temps plein dans le centre de santé soit supérieur ou égal à la moitié du nombre de médecins généralistes exerçant dans le centre de santé en équivalent temps plein, avec un nombre minimum de quatre infirmiers exerçant en équivalent temps plein.

Pour les centres de santé polyvalents, lorsque les critères ou les indicateurs mesurant l'atteinte des objectifs ont été respectés, des rémunérations supplémentaires fondées sur ces critères ou indicateurs, mais propres à l'activité dentaire, peuvent s'ajouter sous réserve que les honoraires totaux, issus de l'activité de soins dentaires soient supérieurs ou égaux à 20% des honoraires totaux, issus de la totalité des soins du centre.

Article 8. Bloc commun principal

Article 8.1. Favoriser l'accès aux soins (critère socle)

Article 8.1.1. Accessibilité des centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle)

Pour la valorisation de l'activité des centres de santé médicaux ou polyvalents, trois critères sont pris en compte.

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture

Les horaires d'ouverture couvrent toute la période de recours aux soins non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires. Une réponse à la demande de soins des patients doit ainsi pouvoir être apportée en dehors des périodes couvertes par la permanence des soins, soit de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins prévue par dérogation de l'agence régionale de santé.

Les horaires couvrent également les périodes de congés scolaires.

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

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

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

Critère 3 : Fonction de coordination interne

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

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

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

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

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

Critère 2 : Fonction de coordination interne

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

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

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

Critère 1 : Amplitude des horaires d'ouverture

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

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

Critère 2 : Soins non programmés

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

Critère 3 : Fonction de coordination interne

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

Article 8.1.4. Charte d'engagement sur le service aux patients

Pour les trois types de centres de santé, l'ensemble de ces critères caractérisant l'accessibilité fait l'objet d'une charte d'engagement, qui précise la garantie de service offert aux patients. Le modèle type de cette charte est joint en annexe 2, 3, 4. Cette charte est affichée dans le centre de santé et est disponible sur le site Ameli dès lors que le service sur Ameli est opérationnel.

Une copie de la charte d'engagement est transmise à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article 8.2. Missions de santé publique (critère optionnel)

Ces objectifs sont optionnels pour tous les centres de santé.

Ces missions répondent à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS).

Article 8.2.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Des missions de santé publique, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS), peuvent être réalisées parmi les thèmes définis à l'annexe 5 du présent accord, dans la limite de deux projets rémunérés.

Article 8.2.2. Pour les centres de santé polyvalents ayant une activité infirmière ou dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7

Une mission complémentaire peut être réalisée dans les mêmes conditions que dans les centres de santé infirmiers ou dentaires par les infirmiers ou les chirurgiens-dentistes.

Article 8.2.3. Pour les centres de santé infirmiers

Des missions de relais d'information ou d'actions dans le cadre des campagnes nationales ou régionales de prévention ou de promotion de la santé à choisir dans la liste des thèmes définis à l'annexe 5 du présent accord peuvent être réalisées, dans la limite de deux projets rémunérés.

Ces missions de relais se traduisent notamment par la mise à disposition de supports d'information dans le centre ainsi que par une information spécifique et individuelle des patients en fonction de leur âge et de leur pathologie.

Article 8.2.4. Pour les centres de santé dentaires

Une mission de santé publique au sein du centre de santé, répondant à des spécificités territoriales et aux objectifs du projet régional de santé (PRS) ou, à défaut, des bilans bucco-dentaires aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées peuvent être réalisés, dans le cadre de partenariats autres que ceux prévus à l'article 8.3.3 du présent accord.

Article 8.3. Favoriser le travail en équipe et la coordination

Champ majeur de la coordination pluri-professionnelle, le travail en équipe doit tout particulièrement porter sur les patients ou les situations complexes, sur la base des situations identifiées ci-dessous.

Article 8.3.1. La concertation professionnelle (critère socle)

Article 8.3.1.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

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

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

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

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

- patients porteurs d'affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, mal perforant plantaire du diabétique, accident iatrogénique ;
- patients pour lesquels une intervention pluri-professionnelle est susceptible de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques, syndrome dépressif ;

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

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

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

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

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

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

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

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

Article 8.3.1.3. Pour les centres de santé infirmiers

Des réunions de coordination entre infirmiers sont organisées en présence de l'infirmière en charge de la coordination et portent sur l'organisation interne des soins ou sur l'élaboration et le suivi de protocoles de prise en charge.

Au moins six réunions par an sont réalisées.

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

Article 8.3.1.4. Pour les centres de santé dentaires

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

Au moins trois réunions par an sont réalisées.

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

Article 8.3.2. La formation des jeunes professionnels (critère optionnel)

Le centre de santé constitue un terrain privilégié de stages de formation pour les professionnels de santé selon des modalités propres à chaque profession.

Ils sont organisés à raison :

- d'au moins deux stages par an pour les centres de santé médicaux ou polyvalents
- d'au moins un stage par an pour les centres de santé infirmiers ou dentaires.

Pour les centres polyvalents ayant une activité infirmière au-dessus du seuil défini à l'article 7, un stage supplémentaire de jeunes infirmiers est organisé.

Pour les centres polyvalents ayant une activité dentaire au-dessus du seuil défini à l'article 7, un stage supplémentaire de jeunes chirurgiens-dentistes est organisé.

Le centre de santé fournit à la caisse primaire d'assurance maladie la copie des attestations de stages réalisés en son sein.

Article 8.3.3 La coordination externe

Article 8.3.3.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère optionnel)

Les professionnels de santé du centre de santé mettent en place une procédure conforme à la réglementation définissant les modalités de transmission des données de santé nécessaires à la prise en charge des patients vers les professionnels de santé extérieurs au centre de santé ainsi que vers les services et établissements sanitaires, en cas d'hospitalisation, et vers les structures et services médico-sociaux. Cette procédure permet notamment la transmission du volet de synthèse médical (VSM) tel que défini par la HAS, établi par le médecin traitant et complété par les informations recueillies auprès des autres professionnels de santé du centre nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Pour chaque patient hospitalisé, un dossier médical électronique ayant vocation à être partagé entre les différents professionnels de santé du centre dans le respect de la réglementation en vigueur est ouvert et alimenté au moins par le VSM.

Dans le respect des dispositions en vigueur relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges, les modalités de transmission, dans le respect du secret professionnel et de la réglementation applicable, de données nécessaires à la prise en charge par un intervenant social (document de liaison) sont également précisées au sein du centre de santé.

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

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

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

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

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

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

Critère 1

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

Critère 2

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

Critère 3

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

Critère 4

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

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

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

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

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

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

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

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

Une synthèse annuelle de ce dépistage est également adressée à la caisse primaire d'assurance maladie en indiquant le nombre de patients admis dans l'établissement, le nombre total de bilans réalisés et le nombre de bilans réalisés par les chirurgiens-dentistes du centre de santé, qui doit être au moins égal à 10 par an, pour donner lieu à rémunération.

Article 8.4. Favoriser le développement des systèmes d'information

Afin d'améliorer la coordination des soins, le centre de santé s'engage à mettre en place progressivement un système d'information administré et partagé au sein du centre de santé.

La rémunération correspondante annuelle est versée au prorata temporis à compter de la date d'acquisition du système d'information.

Article 8.4.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (critère socle)

Le système d'information doit répondre au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé a minima de niveau 1 au plus tard le 31 décembre de l'année de l'adhésion au présent accord.

Par dérogation, cette rémunération est versée, jusqu'au 31 décembre 2016, aux centres ayant adhéré au présent accord qui disposent soit d'un système d'information partagé entre plusieurs professionnels du centre de santé et compatible avec le DMP, soit d'un système d'information labellisé par l'ASIP santé.

Partage de l'information

Les dossiers informatisés des patients doivent être partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient, dans le respect des dispositions en vigueur, relatives aux échanges d'informations et au consentement des patients à ces échanges.

La communication externe comme interne est favorisée par l'usage de messageries sécurisées et de dossiers médicaux partagés.

La valorisation est fonction de la part des patients dont les dossiers informatisés et partagés sont renseignés. Elle doit atteindre 33% la première année suivant la mise en place du logiciel, et 66 % la deuxième année.

Structuration de l'information

Les fonctionnalités permises par le logiciel métier répondent à plusieurs niveaux de labellisation décrits par l'ASIP.

La rémunération socle correspond au premier niveau de labellisation.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 ou de manière transitoire, dans les conditions définies supra, attestant que le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels de santé du centre de santé et est compatible avec le DMP. Ces documents comportent la date d'acquisition de l'équipement. Dès lors que le centre de santé est équipé du système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1, sont transmis à la caisse primaire d'assurance maladie les résultats de la requête informatique permettant d'attester du pourcentage de patients du centre de santé pour lesquels un dossier informatisé et partagé est renseigné.

Article 8.4.2. Pour les centres de santé infirmiers (critère socle)

Les centres de santé disposent d'un système d'information permettant:

- la tenue d'un dossier infirmier informatisé, structuré et partagé entre les professionnels de santé du centre,
- l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile du patient,

- l'évolutivité et l'interopérabilité du système d'information qui est à terme DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

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

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

Les centres de santé disposent d'un système d'information permettant :

- la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré,
- l'évolutivité et l'interopérabilité du système d'information qui est à terme DMP compatible et permet l'usage de messageries sécurisées.

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

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

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

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

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

Ces engagements spécifiques reprennent pour les centres médicaux ou polyvalents les mêmes engagements et modalités de rémunération que ceux fixés par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité².

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

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

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

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

Plusieurs modalités peuvent être mises en œuvre comme l'organisation par le centre de santé, dans ses locaux, de consultations de second recours par des médecins spécialistes, d'accès à des sages-femmes ou chirurgiens-dentistes (un jour par semaine ; une valorisation supplémentaire est possible si ces créneaux de consultations sont équivalents à au moins 0,5 équivalent temps plein - ETP) ou la présence d'une offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels salariés du centre de santé.

La présence d'une offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels du centre de santé autres que ceux déjà pris en compte dans le critère ci-dessus, fait l'objet d'une valorisation appliquée en fonction du nombre de professionnels présents.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie tout document attestant de l'organisation de ces consultations de second recours ou d'accès à des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes. Ces documents précisent le temps d'intervention dans le centre de santé de ces professionnels de santé.

La présence de l'offre diversifiée de soins médicaux spécialisés et paramédicaux assurée par les professionnels salariés des centres de santé est vérifiée par la caisse primaire d'assurance maladie au regard de la liste des professionnels de santé salariés exerçant dans le centre de santé fournie par le centre.

Article 8.5.2. Favoriser le travail en équipe : protocoles pluri-professionnels (critère socle)

Les protocoles pluri-professionnels permettent de coordonner le travail en équipe et d'améliorer la qualité des soins³. Le centre de santé élabore, en référence aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS)⁴, des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies déjà visées dans le critère concertation professionnelle prévu à l'article 8.3.1 et retenues comme thèmes prioritaires. Ces protocoles précisent le rôle et les temps d'intervention des différents professionnels impliqués dans la prise en charge qu'ils exercent dans le centre de santé ou dans le cadre d'une convention partenariale avec celui-ci, ainsi que les modalités de transmission entre professionnels des informations nécessaires à une bonne coordination des soins.

Une copie de ces protocoles et le cas échéant, de ces conventions de partenariat est transmise, à sa demande, au service médical de l'assurance maladie.

Article 8.5.3 Favoriser le développement des systèmes d'information (critère optionnel)

Une valorisation supplémentaire est prévue pour les centres de santé médicaux ou polyvalents disposant d'un système d'information conforme au cahier des charges de l'ASIP santé, tel que décrit à l'article 8.4.1 du présent accord, labellisé de niveau 2.

Le centre de santé transmet à la caisse primaire d'assurance maladie une copie des factures, du logiciel, des bons de commande ou des contrats de maintenance, d'abonnement ou de location du logiciel attestant que le système d'information est conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 2.

³ Par définition, ces protocoles associent nécessairement au moins deux professions de santé telles que définies dans le code de la santé publique.

⁴ HAS – Points clés solutions - Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluri-professionnels ? – Février 2015

Article 8.6. Prise en compte des patients en situation de précarité

Afin de prendre en compte la spécificité du rôle des centres de santé dans la prise en charge des patients en situation de précarité, une majoration de la rémunération en fonction du taux de précarité des patients du centre de santé, comparé au taux national, tel que défini à l'article 15.6.4 est appliquée.

Article 9. Bloc commun complémentaire

Article 9.1. Engagements optionnels communs à tous les centres

L'ensemble de ces engagements sont optionnels.

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

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

Cette démarche vise à instaurer ou renforcer une dynamique d'amélioration continue de l'organisation et de la dispensation des soins dans les centres de santé. Elle vise également à contribuer à la reconnaissance de la qualité des prestations en centre de santé et à la confiance du public conformément au référentiel précité. Ce référentiel et des conseils de mise en œuvre permettant l'auto-évaluation des centres de santé ont été établis avec l'appui méthodologique de la HAS⁵.

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

Quatre niveaux de réalisation sont distingués dans la démarche d'auto-évaluation avec production d'un Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) sur la base du référentiel HAS - RNOGCS :

- 1er niveau : désignation d'un coordinateur de la démarche qualité et identification d'un professionnel de santé de l'équipe de soins en charge d'élaborer et d'actualiser le projet de santé du centre et d'animer médicalement la structure pour renforcer la qualité de la prise en charge;
- 2ème niveau : atteinte au-delà de 50% des critères intégrés au PAQ;
- 3ème niveau : atteinte de 100% des critères intégrés au PAQ;
- 4ème niveau : certification du centre de santé par un audit externe d'un organisme habilité.

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

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

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

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

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

Cette situation de vulnérabilité 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 et 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, sur la base des actions suivantes.

Pour ces populations, une coordination médico-administrative pour favoriser la prise en charge et l'aide à l'attribution de droits sociaux est proposée ainsi qu'une orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociales ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux. La prise en compte des difficultés linguistiques est intégrée.

Ces critères sont communs à tous les types de centres de santé.

Le niveau de la rémunération est fixé en fonction du pourcentage du public vulnérable accompagné, au sein de la file active du centre de santé, tel que défini à l'article 16.4.

Une synthèse annuelle des modalités de cet accompagnement, conforme au modèle-type joint en annexe 6 comprenant le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée est transmise à la caisse primaire d'assurance maladie.

Article 9.1.3. Informer le public des modalités pratiques d'accès et d'organisation des centres de santé (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. Dans ce cadre, le centre de santé s'engage à transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie les données nécessaires permettant la mise en

ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie (Ameli), des horaires d'ouverture du centre de santé, des plages de consultations avec et sans rendez-vous, et/ou tout autre information utile au patient sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap.

A terme, ces informations sont saisies via un téléservice mis à disposition par l'assurance maladie (comme par exemple l'adresse du site internet du centre de santé permettant la prise de rendez-vous en ligne). La liste des informations à fournir, au-delà de celles citées ci-dessus est arrêtée par les partenaires conventionnels en Commission Paritaire Nationale telle que définie à l'article 54.

Ces informations figurent dans la charte d'engagement prévue à l'article 8.1.4.

Article 9.1.4. Moderniser les échanges avec l'assurance maladie par la télétransmission et les téléservices (critère optionnel)

Deux critères relatifs à l'utilisation de l'équipement informatique sont définis afin de valoriser le déploiement des Technologies de l'Information et de Communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie, notamment via la télétransmission et les téléservices.

Critère 1 : Dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »

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

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

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

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

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

Critère 2 : Télétransmission

Les parties signataires confirment l'intérêt du processus de généralisation de l'utilisation des feuilles de soins électroniques conformes à la version en vigueur du cahier des charges SESAM-Vitale, qui facilite les échanges avec l'assurance maladie et simplifie la prise en charge des assurés sociaux.

L'indicateur permettant de juger du respect de ce critère est le taux de télétransmission, il est égal au ratio entre le nombre d'actes télétransmis en mode sécurisé et le nombre d'actes total établi selon les données issues du système national d'information de l'assurance maladie.

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

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

9 Engagements optionnels spécifiques des centres de santé médicaux ou polyvalents

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

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

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

Chaque médecin traitant du centre de santé élabore, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient l'ayant désigné comme médecin traitant. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge des soins dispensés aux patients grâce notamment à l'établissement de calendriers de suivi et à la coordination avec les autres professionnels de santé. Elle est mise à la disposition du patient s'il en fait la demande et au service médical de l'assurance maladie à sa demande, dans le respect de la réglementation en vigueur. Cette synthèse a vocation à être partagée par les professionnels de santé, dans le DMP.

Article 9.2.2. Utilisation des téléservices (critère optionnel)

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de l'utilisation des téléservices mis à la disposition des centres de santé par l'assurance maladie.

L'établissement d'un justificatif informatique atteste de l'intégration de ces téléservices dans le logiciel du centre de santé.

Ce justificatif est transmis par le centre de santé à la caisse primaire d'assurance maladie. Ce dernier peut vérifier l'utilisation effective des différents téléservices mis à la disposition des centres de santé.

9 Principes de calcul de la rémunération

La rémunération est versée sur la base d'un ensemble d'engagements du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire et en fonction du type de centre : centre médical ou polyvalent, centre de santé infirmier ou centre de santé dentaire.

La rémunération annuelle dépend de l'atteinte des résultats pour l'ensemble des engagements.

Article 10. Règle d'indivisibilité du dispositif de rémunération et de non cumul

Ce dispositif de rémunération rétribue le respect des engagements des centres de santé répertoriés dans les blocs communs principal et complémentaire tels que définis dans le présent sous-titre et aux annexes 1 et 1 bis , de façon forfaitaire et indivisible. Ce dispositif de rémunération n'est pas applicable lorsque les engagements correspondants font l'objet d'une rémunération dans le cadre d'un autre accord, contrat, convention ou règlement de type conventionnel avec l'assurance maladie.

Article 11. Prérequis donnant droit à la rémunération spécifique commune à tous les centres de santé

La rémunération de base est liée à l'atteinte des résultats pour les engagements socle et une rémunération supplémentaire liée à l'atteinte des résultats pour les engagements optionnels.

Le droit au paiement de cette rémunération nécessite que les critères appartenant au niveau socle et définis comme des prérequis soient respectés.

Le caractère obligatoire ou optionnel des critères est mentionné à la fin du libellé de chaque critère dans le tableau figurant aux annexes 1 et 1 bis.

Article 12. Rémunérations fixes et variables

Les modalités de calcul du montant de la rémunération sont précisées dans le tableau figurant aux annexes 1 et 1 bis.

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 13.1 Rémunération variable des centres de santé médicaux ou polyvalents

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

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

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

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

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

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

Article 13.3 Rémunération variable des centres de santé infirmiers ou au titre de l'activité infirmière dans les centres de santé polyvalents

Pour le respect du critère relatif au système d'information, le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction du nombre d'infirmiers exerçant au sein du centre de santé évalué en équivalent temps plein (ETP).

Pour le respect des autres critères, le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de 450 patients, définie comme suit.

La patientèle de référence est définie comme le nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant eu au moins trois soins facturés et remboursables réalisés à des dates différentes dans l'année par un des infirmiers du centre de santé.

Si le taux de patients en Affection de Longue Durée (ALD) ou en invalidité dans la patientèle de référence est supérieur au taux observé au niveau national (45,2%), une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure est appliquée en pourcentage à la patientèle de référence. Cette majoration de patientèle est au maximum de 20%.

Article 13. Dérogation à la règle du caractère obligatoire de certains critères

Par dérogation jusqu'au 31 décembre 2016, les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des critères socle de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socle de l'axe travail en équipe ou de l'axe système d'information sont respectés (cf. annexes 1 et 1 bis).

Article 1. Calcul de la rémunération du bloc commun principal

Article 15.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 7 400 points, pour une patientèle de référence de 4 000 patients telle que visée à l'article 13.1 :

- 5 050 points pour le niveau socle (critères prérequis pour déclencher la rémunération), dont 2 550 pour la partie fixe et 2 500 pour la partie variable (en fonction de la patientèle) ;
- 2 350 points pour le niveau optionnel, dont 1 450 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable (en fonction de la patientèle) ;

Article 15.2 Pour les centres de santé infirmiers

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total maximal de 2 750 points, pour une patientèle de référence de 450 patients telle que visée à l'article 13.3 :

- 2 100 points pour le niveau socle (critères prérequis pour déclencher la rémunération), dont 1 200 pour la partie fixe et 900 pour la partie variable comprenant 300 points variable en fonction de la patientèle et 600 points variable en fonction du nombre d'ETP infirmiers (calculé sur la base d'un CSI moyen de 6 ETP) ;
- 650 points pour le niveau optionnel, dont 250 pour la partie fixe et 400 pour la partie variable (en fonction de la patientèle).

Article 15.3 Pour les centres de santé dentaires

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

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

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

Le dispositif est complété par un nombre de points de :

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

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

- Accessibilité du centre :

A titre dérogatoire, aux dispositions de l'article 8.1.1, afin que les centres de santé médicaux ou polyvalents puissent s'adapter à cet objectif de façon progressive, des amplitudes d'ouverture moindres sont également considérées comme répondant à l'objectif dans les conditions suivantes :

- une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ; une minoration de 60 points est appliquée.
- une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ; une minoration de 150 points est appliquée.
- la fermeture le samedi ; une minoration de 120 points est appliquée.
- la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année ; une minoration de 30 points est appliquée par semaine de fermeture dans la limite de trois semaines.

A titre dérogatoire, aux dispositions de l'article 8.1.3, afin que les centres de santé dentaires puissent s'adapter de façon progressive, des amplitudes d'ouverture moindres sont également considérées comme répondant à l'objectif dans les conditions suivantes :

- une amplitude horaire d'ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin ; une minoration de 30 points est appliquée.
- une amplitude entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin ; une minoration de 70 points est appliquée.
- une fermeture le samedi matin ; une minoration de 50 points est appliquée.
- la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires dans l'année ; une minoration de 20 points est appliquée.

- Concertation professionnelle :

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

A titre dérogatoire, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents sans activité paramédicale, le critère « concertation professionnelle » est considéré comme rempli lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre de santé et les auxiliaires médicaux extérieurs à la structure, en charge des patients dont les dossiers sont examinés pendant la réunion de concertation, et qui ont signé avec le centre de santé une convention prévoyant le principe et les conditions de cette concertation ; une minoration de 150 points est appliquée.

Ces comptes-rendus et conventions sont transmis au service médical de l'assurance maladie.

- Système d'information :

A l'article 8.4.2 pour les centres de santé infirmiers, par dérogation jusqu'au 1^{er} Juillet 2017, ce critère n'est pas considéré comme un critère socle. Dans ce cadre, le critère système d'information est considéré comme rempli si le centre de santé dispose d'un système d'information permettant la tenue d'un dossier infirmier informatisé avec standardisation du contenu qui comprend un volet de synthèse, les prescriptions, les informations administratives du patient, et le cas échéant la démarche de soins infirmiers.

Ce dossier comprend les données, administratives et cliniques, recueillies par un infirmier du centre de santé et permettant de communiquer, à l'ensemble des infirmiers du centre de santé, tous les éléments utiles à la continuité des soins.

Une minoration de 200 points est appliquée en part fixe et 300 points en part variable.

Dans le cas où le centre de santé infirmier ne peut atteindre ce premier niveau de dossier infirmier informatisé, l'indicateur est neutralisé.

Article 15.6 Majoration pour publics précaires

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité des patients du centre de santé. Cette majoration s'applique sur le total des indicateurs du bloc commun principal et est calculée comme suit.

Article 1.1.6.1. Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMU-C d'une part, et de l'AME d'autre part, ayant eu au moins un acte facturé d'un médecin généraliste du centre de santé et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte facturé par un médecin généraliste du centre de santé.

Article 1.1.6.2. Pour les centres de santé dentaires

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMU-C d'une part, et de l'AME d'autre part, ayant eu au moins un acte remboursable facturé dans l'année par un des chirurgiens-dentistes du centre de santé et le nombre total de patients ayant eu au moins un acte remboursable facturé d'un chirurgien-dentiste du centre de santé.

Article 1.1.6.3. Pour les centres de santé infirmiers

Le taux de précarité est défini comme le rapport entre le nombre de patients bénéficiaires de la CMU-C d'une part et de l'AME d'autre part, ayant eu dans l'année au moins trois actes remboursables, facturés et réalisés à des dates différentes par un des infirmiers du centre de santé, et le nombre total de patients ayant eu dans l'année au moins trois actes remboursables, facturés et réalisés à des dates différentes par un infirmier du centre de santé.

Article 1.1.6.4. Pour les trois types de centres de santé

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

Article 14. Calcul de la rémunération du bloc commun complémentaire

Article 16.1 Pour les centres de santé médicaux ou polyvalents

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

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

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

Article 16.2 Pour les centres de santé infirmiers

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

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

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

Article 16.3 Pour les centres de santé dentaires

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

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

Article 16.4 Pour l'ensemble des centres de santé

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

- 100 points si le public vulnérable représente entre 1 et 2% (inclus) de la file active du centre de santé,
- 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé.

Article 15. Les modalités de vérification du respect des engagements

Le centre de santé s'engage à transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs prévus au présent sous-titre permettant la vérification du niveau de réalisation des différents engagements définis audit sous-titre. Cette transmission doit s'effectuer au plus tard le 28 février de l'année suivant l'année civile de référence pour le suivi des engagements.

La caisse primaire d'assurance maladie procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée une rémunération calculée dans les conditions définies au présent accord national.

Article 16. Les modalités de versement de la rémunération

Sur la base des justificatifs produits par le centre de santé (cf. article 17) permettant de vérifier le niveau de réalisation des engagements, la caisse primaire d'assurance maladie procède au calcul de la rémunération en fonction de ce niveau de réalisation comparé à l'objectif.

Le versement de la rémunération calculée selon ces modalités est effectué au plus tard le 30 avril de l'année qui suit celle servant de référence pour le suivi des engagements et ce, sous réserve que les justificatifs aient été fournis par le centre de santé dans les délais prévus à l'article 17 du présent accord.

Article 18.1. Dispositif d'avance

Un dispositif d'avance est mis en place pour payer chaque année n, 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire sur la base des résultats obtenus à l'année n-1.

A titre transitoire pour la première année d'application de l'accord, une avance de 50% calculée sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socle et optionnels du bloc commun principal et des engagements du bloc commun complémentaire est versée en avril 2016. Le solde est versé au 30 avril 2017 sous réserve du respect des engagements.

Article 18.2. Dispositions financières transitoires

Article 18.2.1. Anciennes options de coordination et aides pérennes à la télétransmission

Les parties signataires considérant que le nouvel accord national intègre la spécificité des centres de santé en termes de coordination des soins, il est décidé de mettre fin aux options de coordination prévues par le précédent accord national et applicables en matière de soins médicaux, infirmiers et dentaires. Ainsi, aucune nouvelle adhésion à ces options ne peut être souscrite à compter de la date d'entrée en vigueur du présent accord.

A titre transitoire, le centre de santé ayant adhéré à une ou plusieurs options engagées au titre du précédent accord bénéficie au titre de 2015 du versement du solde des rémunérations pour la ou les adhésions déjà souscrites, selon les modalités de versement prévues par le précédent accord, sous réserve de son adhésion au présent accord national avant le 31 décembre 2015. Le solde équivaut à 100% du montant des options de

coordination des soins dû au titre de 2015, est versé au plus tard le 31 décembre 2016. Il en va de même pour les aides à la télétransmission.

Pour les options de coordination médicale et dentaire de l'accord précédent, le solde est versé en 2016, sur la base du nombre de patients adhérents auprès du centre de santé optant, dans le respect des conditions de l'option.

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

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

Article 18.2.2. Mécanisme transitoire d'accompagnement financier

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Au titre de 2016, le centre de santé anciennement inclus dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR), et ayant souscrit au contrat prévu par le règlement arbitral et adhérant au présent accord national avant le 31 décembre 2015, bénéficie d'un mécanisme de compensation supplémentaire par analogie aux dispositions du règlement arbitral. Cette compensation correspond à la moitié du différentiel du montant de rémunération entre, la rémunération forfaitaire prévue par l'article 4 du présent accord additionné du montant du dispositif de compensation prévue à l'article 18.2.2, et le montant perçu au titre de l'année 2014 par le centre de santé dans le cadre des ENMR.

Ces versements sont réalisés par la caisse primaire de rattachement du centre de santé selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article 18 du présent accord.

Sous-Titre 3 : Améliorer l'accès aux soins de proximité

Article 17. Préserver l'offre de soins

Les parties signataires confirment leur volonté de parvenir à un meilleur équilibre de l'offre de soins sur le territoire. Les centres de santé ont un rôle majeur à jouer dans l'amélioration de l'accès aux soins. Cette volonté se traduit par la mise en place de mesures incitatives.

Sur la base notamment des dispositions figurant aux articles L. 162-32-1 8° et L. 162-14-1 4° du code de la sécurité sociale, les parties signataires créent une option démographique spécifique pour chaque type de centre souhaitant y adhérer. Ainsi, sont créés :

- un contrat incitatif ouvert aux centres de santé médicaux ou polyvalents
- un contrat incitatif ouvert aux centres de santé dentaires
- un contrat incitatif ouvert aux centres de santé infirmiers.

Ces contrats visent à favoriser l'installation et le maintien de ces centres dans les zones définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

En adhérant à ces contrats, les centres bénéficient d'une rémunération forfaitaire dans les conditions définies en annexe 8, 11 et 14.

Le centre de santé polyvalent ayant une forte activité infirmière ou dentaire au sens de l'article 7 peut cumuler les différents contrats incitatifs dès lors que ce dernier est situé dans les zones définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Les modalités d'adhésion aux contrats sont définies aux annexes 8, 11 et 14 du présent accord.

Article 18. Garantir la permanence des soins

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), du 21 juillet 2009, a transféré la compétence de l'organisation de la permanence des soins aux agences régionales de santé (ARS).

Article 20.1. Permanence des soins ambulatoires

Dans le cadre de son exercice salarié, le médecin du centre de santé peut participer au dispositif de la permanence des soins ambulatoires conformément aux dispositions des articles L.6314-1 et suivants et des articles R.6315-1 et suivants du code de la santé publique.

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

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

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

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

Article 20.2. Permanence des soins dentaires

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

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

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

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

réalisés dans le cadre de la permanence des soins dentaires.

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

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

Article 19. Favoriser l'accès aux soins dentaires

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

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

Au regard de l'analyse des taux de dépassements sur les tarifs des actes prothétiques et orthodontiques soumis à entente directe, les parties signataires constatent que la pratique des centres de santé est dans l'ensemble raisonnable.

De ce constat, les parties signataires conviennent de la nécessité de mettre en œuvre des mesures visant à favoriser une prise en charge de qualité des soins dentaires à des tarifs modérés pour faire face au constat de difficultés d'accès aux soins prothétiques et orthodontiques. Elles s'accordent également sur l'intérêt de favoriser la pratique de soins conservateurs dentaires en maîtrisant le recours trop précoce aux actes prothétiques.

A ce titre, les parties signataires décident de mettre en place un dispositif de maîtrise des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques soumis à entente directe. A cet effet, est créé un contrat à destination des centres de santé dentaires et des centres de santé polyvalents ayant une activité dentaire, appelé Contrat d'Accès aux Soins Dentaires (CASD).

En adhérent à ce contrat, les centres de santé s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen inférieur ou égal à 230% sur les actes prothétiques et orthodontiques pris en charge par l'Assurance Maladie, tout en maintenant leurs tarifs et, partant, leur taux de dépassement moyen initial constaté sur la période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015 inclus, en contrepartie d'une rémunération forfaitaire fondée sur les actes conservateurs et chirurgicaux pris en charge par l'Assurance Maladie.

Les modalités d'adhésion et de rémunération sont définies aux annexes 20 et 21 du présent accord.

Sous-Titre 4 : Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient

Les centres de santé participent à l'amélioration de la qualité des soins et reconnaissent le rôle prépondérant de

la prévention et du parcours de soins coordonné du patient dans la prise en charge des assurés.

Article 20. Renforcer la prévention

Les parties signataires considèrent que la prévention est un élément essentiel de l'amélioration de la santé de la population et reconnaissent le rôle des centres de santé dans ce domaine.

La mise en œuvre d'actions de prévention primaire ou secondaire, de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé, privilégie une approche globale de la personne dépassant le seul aspect curatif. En s'inscrivant dans cette démarche, les centres de santé contribuent à renforcer la qualité de la prise en charge.

Les parties signataires entendent donc maintenir et renforcer l'implication des centres de santé dans les programmes de prévention définis par la loi ainsi que ceux relevant du cadre conventionnel.

Article 22.1. Actions de prévention

Les parties signataires s'engagent à développer la prévention notamment autour des quatre axes principaux définis dans le cadre des priorités de santé publique déterminées par les pouvoirs publics tels que, le développement des services de prévention en lien avec le médecin traitant ou encore l'amélioration des programmes de dépistage des cancers.

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

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

Article 22.1.1. Le dépistage du cancer du sein

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

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

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

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

Article 1.1.1.2. Le dépistage du cancer colorectal

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

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

Article 1.1.1.3. La prévention bucco-dentaire

Le programme « *M'T dents* » à destination des jeunes et le dispositif de prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes entrent dans la politique de prévention défendue par les parties signataires.

Dans un souci d'amélioration de la santé bucco-dentaire et de lutte contre le recours tardif aux soins dentaires, les centres de santé participent à ces dispositifs conformément aux dispositions prévues aux annexes 22 et 23

Article 1.1.1.4. Les programmes de vaccination

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

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

Article 1.1.1.5. Le diagnostic de l'angine (TDR)

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

A ce titre, les centres de santé s'engagent à poursuivre la maîtrise de la prescription d'antibiotiques. Pour les aider dans l'atteinte de cet objectif, l'assurance maladie propose aux centres de santé où exercent des médecins généralistes, pédiatres ou ORL, une mise à disposition gratuite des tests de diagnostic rapide de l'angine (TDR). Ainsi, les centres de santé peuvent bénéficier du dispositif "TDR Angine" de l'assurance maladie.

Article 1.1.1.6. La mise à disposition d'appareils d'automesure tensionnelle

L'incidence de l'hypertension artérielle est estimée à 1,7 millions nouveaux patients par an⁶. L'hypertension isolée de consultation (ou hypertension de la blouse blanche) est responsable d'environ un tiers des diagnostics d'hypertension artérielle.

Afin de permettre un dépistage plus précis de l'hypertension artérielle, l'assurance maladie s'engage à mettre à disposition des appareils d'automesure tensionnelle (AMT) dans les centres de santé.

Article 1.1.1.7. Dépistage de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitable en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut être dépistée par un examen régulier du fond de l'oeil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétinienne, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité dues à la rétinopathie.

⁶ Étude Thalès 2007 reprise par la HAS.

La pratique actuelle du dépistage de la rétinopathie diabétique en France ne permet pas d'atteindre totalement les objectifs recommandés par la HAS d'un dépistage annuel ou tous les deux ans dans certains cas.

Aussi, afin d'améliorer le taux des patients dépistés, l'assurance maladie prend en charge depuis 2014 les actes de dépistage de la rétinopathie diabétique par coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes.

Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine s'accordent sur la nécessité de favoriser cette coopération au sein des centres de santé polyvalents. Les centres polyvalents sont des lieux privilégiés pour organiser ce type d'activité.

Article 1.1.1.8. Programme d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques « Sophia »

Les parties signataires s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques.

L'assurance maladie a créé le service d'accompagnement « Sophia » pour aider les personnes ayant une maladie chronique à être acteurs de leur santé en les aidant à mettre en pratique au quotidien les recommandations de leur médecin, en leur apportant une meilleure compréhension de la maladie et en soutenant leur motivation sur le long cours. Ce service est proposé dans toute la France aux personnes ayant un diabète et s'installe progressivement pour les patients asthmatiques.

Le rôle des professionnels de santé est essentiel pour les sensibiliser à l'intérêt de ce service. Le programme « Sophia » s'inscrit dans le prolongement des conseils et des recommandations prodigués par le médecin traitant.

Ainsi, les médecins des centres de santé sont incités à inscrire leurs patients à « Sophia ». Ils sont informés de l'accompagnement « Sophia » réalisé pour ces patients.

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

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

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

Article 21. Valoriser le rôle du « médecin traitant » dans le parcours de soins

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

La fonction de médecin traitant revêt un caractère central dans l'organisation des soins, la prévention, le suivi de la population atteinte de pathologies chroniques et plus généralement de la santé publique. C'est pourquoi les parties signataires conviennent de valoriser ce rôle dans toute la dimension de son exercice médical centré

sur le service rendu au patient et de faire évoluer la rémunération des centres de santé dans lesquels exercent les médecins ayant été choisis en tant que médecin traitant.

Article 23.1. Missions du médecin traitant

Article 23.1.1. Missions générales

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

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

Article 1.1.1.2. Suivi des patients en ALD

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

Article 23.2. Modalités de choix du médecin traitant

Conformément aux dispositions de l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale, les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés comme médecins traitants. Est donc désigné comme « médecin traitant » dans le présent accord, le centre de santé dont un ou plusieurs des médecins y exerçant a été déclaré comme médecin traitant.

Néanmoins, l'assuré a le libre choix de son médecin traitant au sein du centre. Si le patient demande à être suivi par le médecin traitant qu'il a choisi, le centre de santé doit être organisé de telle sorte que cette exigence particulière du patient soit respectée.

Le dossier médical est accessible, conformément à la réglementation en vigueur, à tout médecin du centre qui rencontre le patient en cas d'absence de son médecin traitant, ainsi qu'à tout médecin exerçant au titre de médecin correspondant dans le centre de santé.

Article 23.3. Rémunération du centre de santé « médecin traitant »

Article 1.1.3.1. Patients en ALD

Sous réserve d'accomplir les procédures prévues à l'article 23.1.2 sur le protocole de soins et les autres obligations, le centre de santé bénéficie d'une rémunération spécifique pour les patients en ALD ayant choisi un médecin exerçant dans le centre comme médecin traitant (RMT), dans les conditions définies en annexe 24.

Article 23.3.2. Patients en suivi post ALD

Le centre de santé bénéficie de la même rémunération spécifique défini à l'article 23.3.1 pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.322-3 10° du code de la sécurité sociale (RST).

Article 23.3.3. Patients hors ALD

Le centre de santé assurant la prise en charge de patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur, au titre de l'ALD, reçoit une rémunération forfaitaire annuelle intitulée « forfait médecin traitant » pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse (FMT). Cette rémunération est définie en annexe 24.

Article 22. Améliorer la prise en charge des patients par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Les parties signataires conviennent de la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques et d'optimiser les dépenses de santé. Complémentaire de la rémunération à l'acte, la rémunération sur objectifs de santé publique est versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité. Ce nouveau mode de rémunération est généralisé aux centres de santé adhérant au présent accord et concerne l'activité de l'ensemble des médecins traitants du centre de santé dans la prise en charge globale du patient.

Article 24.1. Modalités d'application du dispositif

Pour bénéficier de cette rémunération complémentaire, le centre de santé médical ou polyvalent s'engage à fournir à la caisse de sa circonscription géographique, les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants.

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les centres de santé

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant ».	54%	≥ 65%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant ».	80%	≥ 90%	10 patients

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

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
		Nombre de patients MT du centre diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol sont < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le centre de santé comme « médecin traitant ».	65%	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT du centre traité par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT du centre traité par antidiabétiques	68%	≥ 80%	10 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
		Nombre de patients MT du centre traité par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT du centre de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	65%	≥75%	10 patients

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

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
La prévention	Vaccination antigripale	Nombre de patients MT du centre âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT du centre de 65 ans ou plus	62%	≥ 75 %	20 patients
		Nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT du centre âgés de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	62%	≥ 75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT du centre de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT du centre de 50 à 74 ans	70%	≥ 80 %	20 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT du centre âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT du centre âgés de plus de 65 ans	7%	≤ 5 %	20 patients
	Benzodiazépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT du centre âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT du centre âgés de plus de 65 ans	11%	≤ 5 %	20 patients
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT du centre ayant débuté un traitement par BZD et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT du centre ayant débuté un traitement par BZD.	13%	≤ 12 %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT du centre de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT du centre de 25 à 65 ans	65%	≥ 80 %	20 patientes

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Antibiot hérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT du centre de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD. L'indicateur s'exprime en nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients et par an.	40	≤ 37	20 patients
L'efficience	Antibiot iques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	85%	≥ 90%	40 boîtes
	Inhibite urs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	68%	≥ 85%	35 boîtes

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

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Aspirine	Nombre de patients MT du centre traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT du centre traités par antiagrégants plaquettaires	84%	≥ 85%	10 patients

Article 24.3. Contenu de la rémunération

L'ensemble du dispositif est fondé sur un total de 900 points pour les centres de santé. Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les centres de santé

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Nombre de dosages de l'HbA1c	30
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5%	15
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	40
	TOTAL	250
Indicateurs de prévention et de santé	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en	20

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

La valeur du point est fixée à 7 €.

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

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

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

les zones urbaines sensibles.

Article 24.4. Modalités de calcul de la rémunération

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

Pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale à savoir le suivi des pathologies chroniques et la prévention, le nombre de points attribués est dépendant du nombre de patients. La patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le centre de santé comme « médecin traitant » sont dénombrés, quel que soit leur régime d'affiliation.

Pour chaque indicateur, sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- le niveau initial du centre de santé est défini à partir de la situation médicale initiale du centre de santé au moment de l'adhésion du centre de santé à l'accord (T0),
- l'objectif intermédiaire et l'objectif cible du centre de santé sont conformes aux objectifs prévus dans la convention nationale applicable aux médecins libéraux et communs à l'ensemble des centres de santé.

Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques et à la prévention et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 24.2 à savoir :

- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage de l'HbA1c chez les diabétiques de type 2 ;
- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage du LDL cholestérol chez les diabétiques de type 2 ;
- et l'indicateur de résultat de pression artérielle chez les patients traités par antihypertenseurs ;

La situation médicale initiale du centre de santé n'étant pas connue au moment de l'adhésion du centre à l'accord ou lors d'une nouvelle installation d'un centre, le niveau initial du centre est défini par défaut à 0 %.

Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées en annexe 25.

Article 24.5. Suivi du dispositif

Les commissions paritaires régionales et départementales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique . La commission paritaire nationale établit un bilan global du dispositif.

Les commissions paritaires locales analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif ou lors de l'adhésion d'un centre de santé à l'accord, la caisse primaire communique à chaque centre une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

A tout moment, le centre peut solliciter un rendez-vous auprès du service médical ou de la caisse primaire pour

recueillir tout élément d'information qu'il juge utile.

Article 23. Améliorer la qualité de la prise en charge des patients âgés

Les parties signataires souhaitent améliorer la prise en charge des patients âgés de 80 ans et plus, pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. A cet effet, le centre de santé bénéficie d'une rémunération forfaitaire (MPA) telle que définie dans la convention médicale. Cette rémunération est calculée sur la base de 5 € par consultation ou visite médicale réalisée pour son patient âgé de plus de 80 ans.

Article 24. Participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

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

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

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

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

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

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

Article 26.1. Programme de retour à domicile « PRADO »

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

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

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

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

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

Article 26.2. Généralisation des génériques

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

L'assurance maladie s'engage à transmettre aux centres de santé les supports de sensibilisation et de communication à destination des praticiens et des patients qu'elle réalise dans ce domaine.

Article 26.3. Pertinence des actes et prescriptions

Les parties signataires s'engagent à améliorer la pertinence de la prescription de certains actes ou prescriptions. Les référentiels de pratique médicale élaborés par l'assurance maladie en lien avec les sociétés savantes et validés par la HAS sont disponibles sur le site Ameli ¹ notamment sur les thèmes suivants.

Article 26.3.1. Les actes de kinésithérapie

Des référentiels de masso-kinésithérapie validés par la HAS, indiquent pour un certain nombre de situations pathologiques un nombre de séances au-delà duquel un accord du service médical est nécessaire pour que les soins puissent être poursuivis et pris en charge. Ils visent à l'optimisation de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie, par une médicalisation de la procédure d'accord préalable, qui n'est désormais réservée qu'aux situations pathologiques couvertes par un référentiel validé par la HAS.

Ce dispositif médicalisé contribue ainsi à améliorer l'efficacité de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie en ayant pour objectifs de réduire les écarts de consommation de soins et les disparités régionales de pratiques pour les patients atteints de mêmes pathologies.

Les situations visées par ces référentiels ainsi que les seuils définis pour établir une demande d'accord préalable sont inscrits au Chapitre V du Titre XIV de la NGAP.

Article 1.1.3.2. La biologie

Des mémos rappellent les recommandations de bonne pratique pour la prescription d'examen biologiques : dosage de la vitamine D, exploration et surveillance biologique thyroïdienne, bon usage de l'ordonnancier bizonne, dosages pour le dépistage du cancer de la prostate ou détermination du groupe sanguin...

Article 1.1.3.3. La radiologie

1 Site AMELI : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/index.php>

Un référentiel médical réalisé par l'assurance maladie en partenariat avec la Société Française de Radiologie rappelle certaines règles permettant d'éviter des prescriptions d'imagerie inutiles et de réduire ainsi l'exposition du patient en renforçant la radioprotection. Sa diffusion devrait favoriser notamment la prescription adéquate des examens d'IRM du membre inférieur pour des pathologies dégénératives liées à l'âge.

Article 1.1.3.4. La prescription d'arrêt de travail

L'assurance maladie après avis de la Haute Autorité de santé a réalisé des référentiels de durée d'arrêt de travail par pathologie ou intervention. Ils sont destinés à aider le médecin dans sa prescription d'arrêt de travail et à faciliter le dialogue avec son patient. Les durées sont à adapter en fonction de la situation de chaque patient.

TITRE 2 - MODALITES D'EXERCICE CONVENTIONNEL

Article 25. Délivrance des soins aux assurés

Article 27.1. Accès aux soins

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

Article 27.2. Libre choix

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

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

Article 27.3. Portail internet de l'assurance maladie

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

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

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

Article 26. Application des Nomenclatures et tarifs conventionnels

Article 28.1. Nomenclature

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

Article 28.2. Informations sur les médicaments

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

Article 28.3. Tarifs

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

Le centre de santé s'engage en particulier à respecter l'opposabilité des tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit. Dans le cas où les dispositions conventionnelles applicables aux professions de santé libérales autorisent la pratique de dépassement d'honoraires dans certaines conditions, il s'engage à y avoir recours en informant systématiquement les assurés.

Le centre de santé s'oblige, concernant ses tarifs, à la transparence, et ainsi à informer les assurés par affichage dans le centre de santé des tarifs des actes pratiqués conformément aux dispositions de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique.

Le centre de santé s'engage à ne pas développer une activité majoritairement centrée sur les actes de confort (esthétique notamment), les actes hors nomenclature ou les actes non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les centres de santé dentaires ou polyvalents s'engagent à dispenser aux assurés sociaux l'ensemble des soins conservateurs, chirurgicaux, prothétiques et radiologiques courants. Par ailleurs, les centres de santé qui ne pratiquent que la seule implantologie (pose d'implant et prothèse) sont exclus du champ du présent accord. Dans la mesure du possible les partenaires conventionnels encouragent la diversité des pratiques. Les centres de santé dentaires peuvent se spécialiser uniquement dans la spécialité d'orthopédie dento-faciale.

Dans ce cadre, le centre de santé s'engage à donner toute facilité au service médical de l'assurance maladie pour procéder aux contrôles nécessaires pour lesquels il est habilité. Le service médical a la possibilité, après en avoir informé le responsable du centre et le(s) praticien(s) concerné(s), de consulter sur place notamment :

- les dossiers médicaux et leur contenu ;
- les documents relatifs à l'activité du centre de santé et des professionnels de santé qui y exercent.

Article 28.4. Devis dentaire

Avant l'élaboration d'un traitement pouvant faire l'objet d'une entente directe sur les honoraires, et pour les actes pour lesquels un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèses dentaires essentiellement), le chirurgien-dentiste du centre de santé doit remettre à l'assuré un devis descriptif écrit, établi conformément à l'article L.1111-3 modifié du code de la santé publique et comportant notamment :

- la description précise et détaillée du traitement envisagé et/ou les matériaux utilisés,
- le montant des honoraires correspondant au traitement proposé à l'assuré,
- le montant de la base de remboursement correspondant calculé selon les cotations de la nomenclature en vigueur.

Ce devis doit être daté et signé par le praticien et l'assuré ou son représentant. Il peut être accepté par l'intéressé, soit immédiatement, soit après la décision de la caisse pour les actes ou traitements soumis à accord préalable. Ce devis est la propriété de l'assuré qui peut donc en disposer.

Un modèle type est établi pour les centres de santé en annexe 26 du présent accord.

Article 28.5. Transposition des rémunérations autres que celles payées à l'acte

Les parties signataires examinent, dans le délai légal à compter de la publication des conventions applicables aux professionnels de santé libéraux, les conditions de l'éventuelle intégration des rémunérations spécifiques fixées par celles-ci.

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

Article 28.6. Utilisation des formulaires

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

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

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

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

Dans tous les cas où la réglementation prévoit l'établissement d'une demande d'accord préalable, le centre de santé veille au remplissage et à la signature des imprimés nécessaires, prévus à la nomenclature générale des

actes professionnels (NGAP) ou à la CCAM et aux textes qui pourraient s'y substituer. Il joint à cette demande l'ordonnance ou sa copie, si nécessaire.

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

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

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

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

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

Article 27. Rapport d'activité

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

Le rapport d'activité est défini selon un modèle-type approuvé par la première commission paritaire nationale suivant l'entrée en vigueur du présent accord et est opposable à l'ensemble des centres de santé adhérents à l'accord.

Le centre de santé s'engage à fournir un rapport d'activité conventionnel annuel à la caisse primaire d'assurance maladie de son ressort géographique et à la commission paritaire régionale ou départementale dont il dépend, au plus tard avant le 30 juin dans l'attente de la mise en place de la plateforme. Dès lors que cette dernière est opérationnelle un nouveau délai peut être envisageable par avenant au présent accord.

Le rapport d'activité transmis par chaque centre de santé fait l'objet d'une analyse synthétique par la CPR ou la CPD selon le cas.

En outre, les rémunérations perçues par le centre de santé au titre de l'application du présent accord s'appuient sur l'analyse de données transmises dans le cadre du rapport d'activité.

Le rapport d'activité est transmis par le centre de santé sous forme de fichier électronique.

Les parties signataires conviennent de mettre en place, à terme, en lien avec le Ministère de la santé, une plateforme informationnelle permettant notamment la transmission à l'assurance maladie par le centre de santé de son rapport d'activité et de ses modifications au gré de ses mises à jour. Les données sont enregistrées sur un document récupérable et exploitable par le centre de santé.

PROJET

TITRE 3 – GESTION DES ECHANGES AVEC L'ASSURANCE MALADIE

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

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

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

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

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

Sous-titre 1 : les échanges électroniques

Article 28. La facturation électronique

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

Article 29. L'utilisation de la carte Vitale

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

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

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

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

Article 30. L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation de cartes de professionnel de santé. Les centres de santé ont la possibilité de se fournir :

- en cartes de directeur d'établissement, en fonction de leur besoin,
- en cartes de personnel d'établissement (CPE) pour les personnels administratifs qu'ils emploient et qui sont appelés par délégation de leur part à signer les lots de feuilles de soins électroniques ;
- en cartes de professionnel de santé (CPS) pour les personnels médicaux et paramédicaux reconnus comme tels par l'assurance maladie, salariés par le centre et dont l'activité donne lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

Le centre de santé s'engage à respecter les règles en vigueur relatives à l'usage des cartes professionnelles qu'il utilise conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'assurance maladie s'engage par an à financer pour chaque centre de santé, jusqu'à :

- 1 carte de directeur d'établissement ;
- 1 à 5 cartes de personnel d'établissement au maximum ;
- 1 carte « CPS » par professionnel de santé, réalisant des FSE.

Article 31. Les règles de télétransmission de la facturation

Article 33.1. Liberté de choix de l'équipement informatique

Le centre de santé a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique adoptée soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

Article 33.2. Liberté de choix du réseau

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le centre de santé a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lors qu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale et compatibles avec la configuration de son équipement.

Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre de fournisseurs d'accès internet.

Le centre de santé peut également recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et à l'intégrité des flux de FSE.

Cet OCT, dont le centre de santé a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du centre de santé avec lequel il conclut un contrat à cet effet.

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

Article 32. Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

Article 34.1. Etablissement des FSE

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

Article 34.2. Délai de transmission des FSE

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

Article 34.3. Délai de paiement

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

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

Article 33. Transmission du codage

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

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

Article 34. Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

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

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

En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le centre de santé établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).

En cas de duplicata, le centre de santé adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.

Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le centre de santé remplit une feuille de soins papier.

Article 35. Maintenance et évolution du système SESAM-Vitale

Le fonctionnement du système SESAM-Vitale exclut toute interruption prolongée de la transmission des feuilles de soins liée à une défaillance de l'équipement informatique du centre de santé.

A cet effet, il est recommandé au centre de santé de conclure un contrat de maintenance compatible avec les obligations de télétransmission dans les délais requis et qui couvre les dysfonctionnements et les mises à jour.

Les évolutions du système SESAM-Vitale font l'objet d'une concertation préalable entre les parties signataires au sein du comité technique paritaire permanent national (CTPPN) visé à l'article 57 du présent accord.

Le centre de santé met en œuvre les moyens nécessaires notamment ceux pour lesquels ses engagements sont détaillés dans l'article sur la télétransmission (article 9.1.4) :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour se doter de la dernière version du cahier des charges SESAM-Vitale qui constitue le socle technique de référence et ce, dans les dix-huit mois suivant la publication de ce dernier, en contrôlant que les services proposés par son fournisseur de solutions informatiques permettent cette mise à jour ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur.

Les modalités de rémunération du centre de santé se rapportant à ses engagements sont détaillées à l'article 9.1.4.

Article 36. La facturation hors télétransmission

Dans le cas où le centre de santé n'est pas en mesure d'établir une feuille de soins sécurisée, soit parce que l'assuré ne dispose pas de sa carte d'assurance maladie, soit en raison d'un incident technique au niveau du lecteur de carte ou du module de logiciel, il télétransmet une feuille de soins via le réseau de télécommunication qu'il utilise habituellement pour les télétransmissions de feuilles de soins électroniques, à la caisse d'affiliation de l'assuré selon la procédure dite « dégradée », en IRIS-B2 non sécurisée, prévue dans le contexte SESAM-Vitale.

Parallèlement, le centre de santé adresse à la caisse de son ressort géographique, avec les pièces justificatives nécessaires, les feuilles de soins papier correspondant aux feuilles de soins télétransmises.

Il peut également, à titre exceptionnel, élaborer hors télétransmission des feuilles de soins sur support papier, accompagnées des pièces justificatives nécessaires, qu'il transmet à la caisse d'affiliation de l'assuré. Dans ce cas, le règlement au centre de santé intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par l'organisme.

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

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

Article 37. Consultation en ligne des DRoits de l'assuré (CDR) ou d'Acquisition des DRoits en ligne (ADR)

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

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

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

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

Article 38. Retours d'information

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

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

Les principaux éléments du retour sont les suivants :

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

Les caisses nationales se sont engagées à améliorer la lisibilité des retours « NOEMIE » et prévoient les évolutions suivantes :

- l'envoi dans un fichier unique des informations de paiement et de rejet ;
- la réponse de niveau facture, le lot devient identifiant secondaire ;
- la réponse distincte (dans deux entités différentes) des parts obligatoires et des parts complémentaires sur chaque facture ;
- l'allègement en volume par suppression du détail des actes payés ;
- l'identification des actes rejetés ;
- le niveau de rejet : facture, ligne ou acte ;
- la ligne de prestation concernée ;
- la part concernée (AMO/AMC) ;
- le rang du code affiné concerné dans la ligne ;
- l'identification de la référence du virement bancaire ;
- la distinction des différentes natures de retour : remboursements de prestations, paiements ponctuels, rappels, retenues suite à indus ;
- l'indication de la nature du flux aller : FSE, flux sécurisé ou non, facture papier ;
- la restitution de l'intégralité des informations prévues dans le retour, en cas de paiement différé (recyclage ou re-saisie).

Les caisses nationales s'engagent à mettre à la disposition des centres de santé la transmission de ces informations, dès mise à jour de la norme de transmission de ces informations.

Les parties signataires reconnaissent la nécessité pour les centres de santé de disposer d'une information précise concernant les versements de rémunérations forfaitaires prévues dans le présent accord. Dans ce cadre, l'assurance maladie s'engage à mettre en œuvre dans les meilleurs délais les évolutions de son système d'information permettant la transmission de ces informations.

Article 39. Compagnon flux tiers

Dans le cadre de l'amélioration de l'offre de service aux professionnels de santé, l'assurance maladie développe un nouveau mode d'échanges intitulé « Compagnon flux-tiers ».

Cet outil permet d'adresser des messages ciblés aux professionnels de santé et aux centres de santé leur indiquant comment traiter un rejet de facturation. Il a pour objectif de limiter le nombre de rejets de facturation et de fournir des consignes claires aux professionnels de santé et aux centres de santé afin de leur permettre de comprendre les motifs des anomalies détectées et d'adapter les mesures de correction nécessaires.

Ces messages, avec l'accord du professionnel et du centre de santé, sont adressés soit par courrier, soit par mail.

Les parties signataires s'engagent à promouvoir à destination des centres de santé, l'utilisation de ce dispositif qui favorise la qualité de la facturation et la rapidité des paiements, en limitant le nombre de rejets.

Sous-Titre 3 : Les téléservices

Les parties signataires considèrent que la mise à disposition de téléservices contribue à faciliter la gestion des centres de santé compte tenu du gain de temps qu'ils représentent et de l'utilité des informations disponibles. Elles veillent au développement de téléservices répondant aux contraintes techniques et organisationnelles des centres de santé.

Article 40. Les téléservices disponibles

L'offre de téléservices d'ores et déjà disponible sur le portail de l'assurance maladie « Espace Pro », 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 en mode intégré aux logiciels avec utilisation de la carte CPS, concerne :

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

Article 41. Les téléservices en cours de finalisation

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

- de la commande de TDR (cf. article 22.1.5),
- de la commande des dispositifs de dépistage du cancer colo-rectal (cf. article 22.1.1),

- et de la mise à disposition d'appareil d'auto-mesure tensionnelle (cf. article 22.1.6).

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

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

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

Sous-Titre 4 : Les actions d'accompagnement

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

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

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

Article 42. Le Conseiller Informatique Service « CIS »

Chaque caisse dispose désormais de « conseillers informatique service » chargés d'accompagner l'ensemble des professionnels de santé et les centres de santé dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges.

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour conseiller les centres de santé, qui s'installent ou qui veulent s'informatiser, sur les équipements nécessaires à l'utilisation du service de facturation par télétransmission électronique à travers un accompagnement individualisé par un conseiller informatique service et un numéro d'appel dédié au sein de chaque caisse ;
- pour apporter aux centres de santé toutes les informations, l'assistance et le conseil qui leur sont nécessaires dans leur exercice quotidien, notamment sur le dispositif de facturation SESAM-Vitale ;
- pour spécifier et organiser au mieux les évolutions du système SESAM-Vitale imposées par la réglementation, par les changements techniques.

Article 43. Un correspondant « centre de santé » via la plateforme téléphonique

Les parties signataires sont attachées à l'amélioration des relations directes entre les centres de santé et leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique.

Ce service est coordonné notamment avec le service médical. Pour le régime général, cette organisation s'appuie soit sur un numéro dédié au niveau régional ou départemental soit sur un numéro dédié par professionnel de santé dans certains départements. Pour les autres régimes, un numéro dédié est instauré pour toutes les catégories de professionnels de santé et les centres de santé.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de l'accord, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

De leur côté, les centres de santé qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et, quand ils en ont, leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'information.

Article 44. Mise à disposition d'un support d'accompagnement des centres de santé

Un support d'accompagnement des centres de santé, élaboré par la CNAMTS est mis à la disposition de chaque centre de santé adhérent au nouvel accord.

Ce support d'accompagnement est élaboré conjointement et validé en CPN dès l'entrée en vigueur du présent accord, avant diffusion.

TITRE 4 – VIE CONVENTIONNELLE

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

Article 45. Durée de l'accord national

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

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

Article 46. Dénonciation

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

Article 47. Résiliation de l'accord national

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

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

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

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

Article 48. Notification

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

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

Article 49. Modalités de notification et d'adhésion

Conformément à l'article L.162-32-2 du code la sécurité sociale, l'accord national est applicable au centre de santé qui fait connaître, à la caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'installation, qu'il souhaite y adhérer (cf formulaire d'adhésion en annexe 27).

Le centre de santé déjà adhérent au précédent accord national adresse avant le 31 décembre 2015 sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception à sa caisse primaire d'assurance maladie.

Le centre de santé nouvellement créé adresse sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la caisse d'assurance maladie de son ressort géographique. Ce centre de santé joint à la demande d'adhésion à la caisse l'accusé de réception du Directeur général de l'ARS et le numéro d'identification qui équivaut à l'ouverture du droit d'exercer. Le centre de santé joint à cet envoi son projet de santé.

Dans les deux cas précités, l'adhésion à l'accord national est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de la demande, dès lors que le dossier transmis est conforme. Dans le cas contraire, la caisse primaire d'assurance maladie demande au centre de santé la communication des éléments manquants.

Lors de son adhésion, le centre de santé déclare également s'il relève de la spécialité de centre de santé médical, polyvalent, infirmier ou dentaire, au sens de l'article 3 du présent accord.

Le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée lors de son adhésion, au titre de l'année civile et ce, une fois par an. La caisse primaire d'assurance maladie 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 primaire d'assurance maladie 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 (fermeture du centre ou d'un local, déménagement, modification de la spécialité du centre de santé, autres) le centre de santé s'engage à en informer la caisse primaire de son lieu d'installation dans le délai d'un mois à compter de la date de modification.

Article 50. Engagement conventionnel

En adhérent au présent accord, le centre de santé s'engage à en respecter toutes les dispositions.

Article 51. Modalités de rupture d'adhésion

Le centre de santé conventionné qui souhaite ne plus être régi par les dispositions de l'accord national en informe la caisse primaire de son lieu d'installation par lettre recommandée avec accusé de réception. Sa décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse.

Le centre de santé se place ainsi hors régime conventionnel mais reste autorisé à formuler, à tout moment, une nouvelle demande d'adhésion.

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

Sous-titre 3 : instances conventionnelles

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

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

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

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

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

Article 52. La commission paritaire nationale (CPN)

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

Elle se réunit dans les cas suivants :

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

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

Article 54.1. Composition

La CPN est composée, à parité :

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

La qualité de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire est incompatible avec celle de membre de la section professionnelle, à l'exception de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

– d'une section sociale composée de 10 représentants titulaires désignés par l'UNCAM et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de professionnel de santé en exercice ou de représentant d'un centre de santé est incompatible avec celle de membre de la section sociale.

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

Article 54.2. Missions

La CPN a pour mission de faciliter l'application de l'accord par une concertation permanente entre l'UNCAM et les représentants des centres de santé ; elle décide des actions à mener afin de garantir la réussite de la politique conventionnelle et assure le suivi régulier des différents aspects de la vie conventionnelle.

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

- le suivi de l'évolution des dépenses de santé dans les centres de santé ; le suivi des études relatives à l'offre globale de soins permettant de mieux cerner les spécificités régionales ;
- la mise en œuvre de mesures favorisant le rôle des centres et facilitant leur gestion ;
- les éléments remontés des travaux du comité technique paritaire des services (CTPPN), notamment les problèmes propres à la télétransmission et à SESAM-Vitale ou aux téléservices ;
- tout problème d'ordre général soulevé par les relations entre les centres de santé et les organismes locaux d'assurance maladie, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires ou d'une commission paritaire régionale ou départementale, afin de proposer une solution pour régler ces difficultés ;
- l'évolution des différents dispositifs démographiques ou optionnels ;
- toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances paritaires ;
- la préparation des avenants et annexes à l'accord national, notamment dans le cadre des transpositions des dispositions conventionnelles négociées par ailleurs avec les syndicats des professionnels de santé libéraux.

Article 53. Les commissions paritaires régionales (CPR) et départementales (CPD)

Une commission paritaire régionale est constituée avec les représentants des signataires du présent accord, dans chaque région, au sens de l'organisation administrative des régions, à l'exception de la région Ile-de-France, dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'accord.

De même, une commission paritaire départementale est constituée avec les représentants des signataires du présent accord, dans chaque département de la région Ile-de-France, dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de l'accord.

Les CPR et les CPD sont composées paritairement. Elles se réunissent en tant que de besoin et au minimum deux fois par an.

Article 55.1. Composition

Chaque CPR ou CPD est composée, à parité :

- pour la section professionnelle, de 10 représentants désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires et ayant adhéré au présent accord national et, le cas échéant, de 10 suppléants,

- pour la section sociale de 10 représentants des organismes locaux d'assurance maladie désignés soit par les caisses des départements compris dans la région concernée pour la CPR, soit par la caisse du département pour la CPD et, le cas échéant, de 10 suppléants.

La qualité de représentant d'un organisme d'assurance maladie obligatoire est incompatible avec celle de membre de la section professionnelle, à l'exception de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.

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

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

Article 55.2. Missions

Chaque CPR ou CPD est chargée, notamment, de :

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

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

Article 54. Dispositions communes aux instances

Les instances conventionnelles sont mises en place dans les deux mois suivant l'entrée en vigueur de l'accord national.

Les sections professionnelle et sociale s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement des commissions.

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

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

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

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

Chaque instance adopte un règlement intérieur, reprenant a minima le modèle-type en annexe, qui précise notamment les règles de répartition des sièges, de convocation aux réunions, de fixation de l'ordre du jour, de quorum et les procédures de vote. Dans le cas où un règlement intérieur ne serait pas adopté par une des instances, le règlement-type annexé à la convention s'applique en l'état.

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement de chaque commission sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, une des CPAM de la région pour chaque CPR et la CPAM concernée pour chaque CPD.

Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Chaque CPR et CPD rédige chaque année un bilan d'activité ainsi qu'une analyse synthétique des rapports d'activité transmis par les centres de santé de son ressort.

L'analyse des rapports d'activité est présentée en séance de la CPR ou de la CPD compétente. Elle est également transmise au secrétariat de la CPN.

Chaque instance met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux conseillers techniques dont elles jugent la présence nécessaire.

Chaque instance, ainsi que chacune de ses sections, fait appel aux experts dont elles jugent la présence nécessaire. Les experts n'interviennent que sur le sujet inscrit à l'ordre du jour pour lequel leur compétence est requise.

Article 55. Le comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives et des téléservices placé près de la CPN

Article 57.1. Composition et fonctionnement

Le comité technique paritaire permanent national est composé de représentants des organisations représentatives signataires du présent accord et de l'UNCAM. Il se réunit en tant que de besoin à la demande du président ou du vice-président de la CPN et au moins trois fois par an. Il rend compte de l'avancée de ses travaux à la CPN.

Ce comité est constitué paritairement de deux sections :

- une section professionnelle composée de 6 représentants titulaires désignés par les organisations représentatives signataires et, le cas échéant, de 6 suppléants.
- une section sociale composée de 6 représentants titulaires, soit 4 représentants du régime général, 1 représentant du régime agricole et 1 représentant du régime des indépendants, et le cas échéant, de 6 suppléants.

Les convocations sont adressées, par voie électronique, par la CNAMTS quinze jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour.

Les deux sections s'engagent à être toujours représentées dans des conditions permettant le fonctionnement du comité, en respectant le quorum et la parité, soit au moins trois représentants dans chacune des sections.

En cas de difficulté de fonctionnement, la CPN est saisie.

Article 57.2. Missions

Le comité technique est chargé de suivre les services offerts aux centres de santé et leur évolution en matière notamment d'échanges électroniques et de téléservices.

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

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

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

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

Article 56. Examen des manquements

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

- la non application de la dispense d'avance des frais ;
- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables ;
- l'utilisation abusive des dépassements ;
- la non utilisation ou la mauvaise utilisation, de façon répétée, des documents ou de la procédure auxquels sont subordonnées la constatation des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- le non-respect, de façon répétée des règles de la NGAP et de la CCAM ;

- le non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L.161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations ;
- les engagements fixés par les options ;

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

Article 57. Procédure

La CPAM qui constate le non-respect par un centre de santé des dispositions du présent accord national, lui adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette mise en demeure doit décrire l'ensemble des faits qui sont reprochés au centre de santé et les motifs susceptibles de justifier le lancement de la procédure de sanction.

Le centre de santé dispose d'un délai de 30 jours à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique. Dans le cas de non-respect systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le centre de santé dispose d'un délai de trois mois à compter de cette mise en demeure pour modifier sa pratique.

Si, à l'issue de ce délai, le centre de santé n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour son compte et le compte de l'ensemble des caisses, communique un relevé des constatations des faits reprochés dûment motivé au centre de santé concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPR ou de la CPD.

Le centre de santé dispose d'un délai de 30 jours à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national.

La CPR ou la CPD compétente est saisie conformément aux modalités prévues par le présent accord, afin de rendre son avis préalable à la décision de sanction.

Le centre de santé peut transmettre ses observations écrites à la commission ou être entendu par celle-ci. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national.

L'avis de la CPR ou de la CPD est rendu en séance.

A l'issue d'un délai de soixante jours, le directeur de la CPAM, pour son compte et le compte des autres régimes, notifie au centre de santé la mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse primaire communique également la décision aux membres de la CPR ou de la CPD en leur envoyant copie de la lettre adressée au centre de santé.

La décision liste les faits reprochés, précise la nature de la sanction, sa date d'effet et les délais et voies de recours ; cette décision doit être motivée.

Article 58. Mesures de sanctions

Lorsqu'un centre de santé ne respecte pas les dispositions du présent accord national, il peut, après mise en œuvre de la procédure prévue ci-dessus, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes :

- Avertissement ;
- Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis.

Cette suspension peut être temporaire (une semaine, 1, 3, 6, 9 ou 12 mois) ou prononcée pour une durée ne pouvant excéder 5 ans, selon l'importance des griefs.

Article 59. Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives notamment en cas de faux et usage de faux ou falsification, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant l'engagement d'une procédure pénale au titre de l'article 40 du code de procédure pénale par la caisse primaire d'assurance maladie en application du 3ème alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du centre de santé peut décider de suspendre les effets du présent accord national, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au centre de santé, par tout moyen autre que par messagerie électronique permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le représentant légal du centre de santé dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du représentant légal du centre de santé ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au centre de santé par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée. Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies au présent accord national. Le centre de santé dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.

Article 60. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de l'accord

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

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

Fait à Paris, le

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

Et

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points	
	Fixe	Variable		Fixe	Variable		Fixe	Variable
Echange/Système d'information								
Système d'information (1 critère) : conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de niveau 1 au plus tard au 31/12/2016. Dossiers informatisés des patients partagés, au moyen d'habilitations différenciées, entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient (socle)	850	1500	Système d'information (1 critère / avec 6 ETP en moyenne sur la part variable) : 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) (socle)	400	600	Système d'information (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) (socle)	250	450
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 (optionnel)		450						
<u>Système d'information pluriprofessionnel</u> conforme au cahier des charges ASIP santé labellisé de niveau 2 (optionnel)	100							
Précarité : Prise en charge du public précaire (CMU-C+ AME) Majoration égale à la différence entre le taux national de patients CMU-C et AME et le taux de la structure en pourcentage Majoration au maximum de 25%								
TOTAL BLOC COMMUN PRINCIPAL <i>si tous les critères et objectifs sont remplis (hors critères activité significative)</i>	400 0	3400		1450	1300		1800	650

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

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

CENTRE DE SANTE MEDICAL ou POLYVALENT	Points		CENTRE DE SANTE INFIRMIER <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points		CENTRE DE SANTE DENTAIRE <i>Structure mono-professionnelle</i>	Points	
	Fixe	Variable		Fixe	Variable		Fixe	Variable
Accès aux soins								

<p>Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques</p> <p>100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active médecine générale du centre de santé 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active médecine générale du centre de santé <i>(optionnel)</i></p>	200		<p>Accompagnement des publics vulnérables : coordination médico-administrative, orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques</p> <p>100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé <i>(optionnel)</i></p>	200		<p>Accompagnement des publics vulnérables coordination médico-administrative , orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins une convention signée avec l'un d'entre eux, prise en compte des difficultés linguistiques.</p> <p>100 points si le public vulnérable représente entre 1% et 2% (inclus) de la file active du centre de santé 200 points si le public vulnérable représente plus de 2% de la file active du centre de santé <i>(optionnel)</i></p>	200	
<p>Information du public : affichage sur le site "Ameli" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i></p>	50		<p>Information du public : affichage sur le site "Ameli" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i></p>	50		<p>Information du public : affichage sur le site "Ameli" des horaires de consultation et des modalités d'organisation du centre <i>(optionnel)</i></p>	50	
Echange/Système d'information								
<p>Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 11 ETP en moyenne) <i>(optionnel)</i></p>			<p>Télétransmission et téléservices (2 critères/avec 6 ETP en moyenne) <i>(optionnel)</i></p>			<p>Télétransmission et téléservices (1 critère/avec 3 ETP en moyenne) <i>(optionnel)</i></p>		
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 <i>(optionnel)</i>	75							
Synthèse médecin : mise à disposition par le médecin traitant d'une synthèse annuelle pour ses patients <i>(optionnel)</i>		150						
TOTAL BLOC COMPLEMENTAIRE <i>si tous les critères et objectifs sont remplis</i>	875	636		800	323		800	120

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

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

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

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

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

Nous vous accueillons de ... heures à ... heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de ... heures à ... heures¹, et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes

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

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

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

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

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

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

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

1 Mention à supprimer le cas échéant

Annexe 3 : charte d'engagement du centre de santé infirmier

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

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

Notre centre de santé s'organise avec ses professionnels de santé pour vous garantir des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365.

- L'accueil au centre est organisé du..... (indiquer le jour de la semaine) au..... (indiquer le jour de la semaine) de..... (indiquer l'heure) à..... (indiquer l'heure)

Avec des soins assurés au centre :

- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- le..... (indiquer le jour de la semaine) de ...H... à...H ..., (indiquer l'heure)
- Les soins sont dispensés 7 jours sur 7 à domicile
- L'accueil téléphonique est assuré du..... (indiquer le jour de la semaine) au..... (indiquer le jour de la semaine) de...H ...à...H ...(indiquer l'heure)

Des informations vous sont communiquées pour vous orienter immédiatement vers les solutions les plus adaptées au regard de votre état de santé.

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

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

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

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

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

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

PROJET

Annexe 4 : charte d'engagement du centre de santé dentaire

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

Cet exercice regroupé nous permet de vous apporter une qualité de service répondant à vos besoins de santé.

Notre engagement s'articule autour de 3 axes.

Vous offrir un accès aux soins pendant une large plage horaire

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

Nous vous accueillons de ... heures à ... heures du lundi au vendredi, et le samedi matin de ... heures à ... heures¹, et notre secrétariat est joignable selon les modalités suivantes
.....

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

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

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

Vous accueillir et vous accompagner dans votre prise en charge

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

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

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

1 Mention à supprimer le cas échéant

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

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

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

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

Des inégalités de couverture vaccinale sont régulièrement constatées selon les tranches d'âge de la population, les vaccins considérés et/ou les territoires¹. L'insuffisance de couverture vaccinale s'accroît avec l'âge et reste plus marquée pour certains vaccins².

- Lutte contre la tuberculose

La France est aujourd'hui considérée comme un pays à faible incidence de tuberculose avec cependant des incidences élevées dans certains groupes de population : sujets âgés, populations en situation de précarité, migrants³. Les cas déclarés en France sont assez fortement concentrés géographiquement : en 2007, plus de la moitié des déclarations étaient recensées dans les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

- Surpoids et obésité chez l'enfant

En 2006 en France, la prévalence estimée du surpoids incluant l'obésité était de 18 % chez les enfants de 3 à 17 ans. Parmi eux, 3,5 % étaient considérés comme obèses⁴.

Les études épidémiologiques s'accordent pour conclure que l'obésité dans l'enfance est associée à une augmentation du risque de mortalité prématurée à l'âge adulte⁵, en raison notamment de l'accroissement de la mortalité d'origine cardiovasculaire.

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

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

³ Source INVS 2012

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

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

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

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

La dépression clinique de l'adolescent touche 2 à 8 % de la population de cette tranche d'âge. L'évaluation de la dépression chez les adolescents peut être rendue difficile par ses différents modes d'expression⁶; une souffrance psychique mal repérée, mal accompagnée peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Le recours fréquent aux comportements addictifs conduit plus ou moins rapidement à aggraver le processus⁷. Les adolescents les plus démunis sont les plus sujets aux conduites addictives.

- **Prévention du suicide**

Avec 16,2 suicides pour 100 000 habitants, la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide.

La baisse de mortalité par suicide observée ces dix dernières années a été plus importante pour les plus âgés et pour les plus jeunes mais le taux de décès par suicide a augmenté pour les hommes de 45-54 ans. D'importantes disparités régionales ont été constatées, les régions de l'Ouest et du Nord étant très nettement au-dessus de la moyenne nationale.

- **Prévention spécifique en direction des personnes âgées (chutes, alimentation, hydratation, dépression, iatrogénie). .pour les régions non incluses dans les expérimentations PAERPA.**

Le repérage de la fragilité permet de prédire le risque de perte d'autonomie (niveau de preuve élevé), de chutes, d'institutionnalisation, de décès et d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans ou plus⁸, dans un délai de 1 à 3 ans. L'intervention des acteurs des soins primaires^{9,10} peut réduire le risque d'hospitalisation des sujets âgés fragiles. L'obtention d'un bénéfice sur les risques de dépendance, de déclin fonctionnel et d'institutionnalisation est possible.

6 *Troubles du comportement, conduites toxicomaniaques ou délictueuses, passages à l'acte ; agressivité...*

7 *Etude du Fonds des Nations unies pour l'enfance menée en France au printemps 2014 : plus de 41 % des plus de 15 ans disent boire de l'alcool et avoir déjà été en état d'ivresse, et près de 32 % avoir déjà pris de la drogue ou fumer du cannabis.*

8 HAS " Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? " juin 2013.

9 *Repérage réalisé par le médecin traitant ou par un autre soignant de premier recours : infirmier, pharmacien, masseur-kinésithérapeute, aide-soignant...*

10 *Les centres de santé infirmiers qui ne sont pas intégrés aux expérimentations PAERPA peuvent mettre en œuvre une action de prévention sur ce thème*

- Prévention périnatale

Les inégalités socio-économiques se traduisent par des inégalités de santé observées dès la naissance, avec des taux régionaux de mortalité périnatale et infantile supérieurs à la moyenne nationale dans certaines régions ou territoires infrarégionaux. Les conditions de vie et de travail des femmes jouent un rôle important dans la prématurité, principale cause de décès chez les nouveau-nés et responsable de séquelles neurologiques sévères. La prématurité représente, en France, 6,6 % des naissances vivantes et est en augmentation¹¹.

- Education thérapeutique (ETP) et éducation à la santé

L'éducation thérapeutique, réalisée dans un cadre pluri-professionnel, aide les personnes atteintes de maladie chronique à comprendre la maladie et le traitement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Les besoins sont importants¹²; l'éducation thérapeutique doit s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients. La participation de l'assurance maladie aux programmes d'ETP inscrits dans le PRS des ARS portera prioritairement sur les pathologies pour lesquelles la HAS a conclu à une efficacité de l'ETP : diabète type 1 et 2, asthme et BPCO, insuffisance cardiaque et/ ou HTA

¹¹ 22 % de naissances prématurées de plus en 15 ans.

¹² Environ 15 millions de personnes actuellement.

Annexe 6 : modèle-type de synthèse pour l'accompagnement des publics vulnérables

A transmettre à votre caisse primaire d'assurance maladie chaque année.

Période du 1^{er} janvier 20.. au 31 décembre 20..

Cette synthèse annuelle décrit les modalités de l'accompagnement : le nombre de patients concernés, les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge réalisée.

Nombre de patients accompagnés dans l'année (précisez les motifs)	
Repérage des publics vulnérables	Décrire les modalités mises en place dans le centre permettant le repérage des patients vulnérables au sens de l'article 9.1.2 de l'accord national CDS :
Coordination médico-administrative	Décrire les moyens humains mobilisés : qualification du personnel dédié, horaires hebdomadaires de la coordination ainsi que la nature des problèmes rencontrés, les solutions mises en œuvre et leurs résultats...
Orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité	Indiquer le nom des acteurs ou structures vers lesquels les personnes sont orientées. Joindre la ou les convention(s) :
Aide aux problèmes linguistiques	Décrire les moyens mis en œuvre :
Autres actions spécifiques ; par exemple d'éducation pour la santé adaptées à ces publics	Décrire le ou les type(s) d'actions éventuellement mises en œuvre :

Commentaires :

Annexe 7 : dispositif de SCannérisation des ORdonnances « SCOR »

Article 1 - Principe de la télétransmission des feuilles de soins électroniques

La facturation à l'assurance maladie s'effectue, par principe, en FSE, dans les conditions des textes réglementaires et des dispositions de la présente convention de preuve ainsi que du cahier des charges des spécifications externes des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM VITALE.

Article 2 - Numérisation et télétransmission des pièces justificatives

2.1 - Principe de numérisation et de télétransmission des pièces justificatives

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives de la facturation et notamment des ordonnances, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et par voie de conséquence de parvenir à leur numérisation et à la dématérialisation de leur transfert, dans l'attente de la prescription électronique.

A cette fin, les parties signataires conviennent d'organiser un dispositif comprenant la numérisation des pièces justificatives de la facturation, quel que soit le destinataire du règlement, notamment des ordonnances originales exécutées, et leur transfert vers les organismes locaux d'assurance maladie.

Les parties signataires conviennent que la transmission des pièces justificatives numérisées s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié dans le respect des dispositions de la présente annexe et du cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM Vitale ainsi que ses annexes fonctionnelles.

En vue de la télétransmission des pièces justificatives numérisées, le centre de santé s'engage à s'équiper d'un logiciel agréé par le CNDA (Centre National de Dépôt et d'Agrément) lorsque ceux-ci seront disponibles. Il s'engage à télétransmettre les pièces justificatives numérisées vers le serveur dédié, dès lors que les moyens techniques mis à sa disposition le lui permettent.

En cas d'absence de transmission dématérialisée en raison de l'échec de la transmission électronique de la pièce justificative numérisée ou d'absence d'équipement adapté, la transmission des pièces justificatives de la facturation par le centre de santé et ce, quel que soit le destinataire de règlement se fait sur support papier.

Le centre de santé s'engage à transmettre la pièce justificative selon un seul et même mode de transmission, hormis les cas de dysfonctionnement de la numérisation. Il s'interdit ainsi, pour une même pièce justificative, de la transmettre simultanément selon plusieurs modes de transmission.

2.2 - De la pièce numérique

Les parties conviennent que la pièce justificative correspondant à la copie de l'ordonnance originale sur support papier et portant les mentions obligatoires fixées réglementairement et par la dernière version du cahier des charges SESAM Vitale est remplacée par une copie numérique fidèle et durable de l'ordonnance originale.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 - De la numérisation des pièces justificatives

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

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

Dans les situations où la pièce justificative aurait déjà été transmise lors d'une précédente facturation par voie électronique pour la même série d'actes, le centre de santé transmet alors

les informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative, l'ordonnance initiale en l'espèce, selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

Dans le cadre d'une demande d'accord préalable antérieure, dans une première phase, le centre de santé transmet une nouvelle fois l'ordonnance numérisée. Dans une seconde phase dont le calendrier est précisé entre les parties, il ne transmet que les informations nécessaires à l'identification de l'ordonnance initiale.

2.4 - Du délai de transmission des pièces justificatives

Le centre de santé s'engage à procéder à la télétransmission des pièces justificatives numérisées après transmission du lot de facturation, que la facturation ait eu lieu en mode sécurisé ou en mode SESAM dégradé. Cette opération est effectuée automatiquement par son logiciel.

2.5 - De la facturation des actes en série

Les parties signataires conviennent qu'en cas de transmission d'une feuille de soins électronique correspondant à la facturation d'un acte en série, la transmission de la pièce justificative numérisée, soit l'ordonnance, ou des informations nécessaires à l'identification de la pièce justificative initiale, soit l'ordonnance initiale, est requise selon les modalités techniques mentionnées au cahier des charges « Numérisation et télétransmission des pièces justificatives » en vigueur publié par le GIE SESAM VITALE ainsi que ses annexes fonctionnelles.

2.6 - Des cas d'échec de la transmission des pièces justificatives numérisées

2.6.1 - Des cas de dysfonctionnement

En cas d'impossibilité technique de numériser la pièce justificative de facturation, ou d'impossibilité technique de télétransmission ou d'absence de réception de l'accusé réception, lié à un échec de la télétransmission de la pièce justificative, le centre de santé met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de 5 jours à compter de la première tentative de numérisation. En cas de nouvel échec à l'issue du délai imparti, le centre de santé transmet la pièce justificative sous format papier (duplicata ou copie papier), sauf si l'ordonnance a déjà été transmise à la caisse de l'assuré à l'appui d'une demande d'accord préalable. Dans ce cas, aucune copie n'est exigée.

2.6.2 - De la non réception des pièces numérisées

A défaut de réception des pièces numérisées, l'organisme de prise en charge prend contact avec le centre de santé par tout moyen, afin de déterminer la cause de cette absence de réception.

Le centre de santé transmet à nouveau les pièces numériques qu'il a conservées, dans les conditions définies à l'article 2.6.1 de la présente annexe.

2.6.3 - De la vérification des pièces numérisées

La liste des anomalies rendant inexploitables les images numérisées est la suivante :

- Image numérisée trop blanche ;
- Image numérisée trop noire ;
- Problème de contraste rendant l'image numérisée illisible ;
- Ordonnance tronquée : une seule page numérisée pour une ordonnance de plusieurs pages ; décalage à la numérisation droite / gauche, bas / haut.

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

Par ailleurs, ne doivent pas être entendues comme motifs d'inexploitabilité les anomalies suivantes :

- date de soins erronée ou absente sur la feuille de soins ;
- falsification par le prescripteur ou l'assuré ;
- prescription médicale imprécise ;
- rajout, surcharge ou rature de la prescription médicale ;
- utilisation de prescription type pré-signée ;
- identification absente ;
- duplicata, feuille de soins ou volet de facturation absents ;
- prescription médicale absente.

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

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

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

2.7 - De la valeur probante des pièces justificatives numérisées

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

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

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

2.8 - De la conservation des preuves et de la protection des données

Le centre de santé conserve les pièces numériques sur le support de son choix et dans les conditions permettant de les copier et les imprimer si nécessaire, et ce pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter du jour de la télétransmission.

En outre, durant les périodes de vérifications des pièces numérisées prévues à l'article 2.6.3 de la présente annexe, le centre de santé conserve également, sous forme papier, les copies d'ordonnances.

L'organisme de prise en charge conserve les pièces numériques pendant la durée légale de conservation des pièces justificatives, conformément à la réglementation en vigueur.

L'organisme de prise en charge et le centre de santé s'assurent respectivement que les pièces numériques qu'ils ont archivées ne sont accessibles qu'aux seuls utilisateurs habilités.

Les mesures de conservation ci-dessus décrites ne se substituent pas et ne sauraient éluder les autres obligations de droit commun qui pèsent habituellement sur le centre de santé ou sur les organismes de prise en charge au regard des textes qui leur sont applicables en matière de conservation d'éléments de preuve pour d'autres finalités.

Le centre de santé et l'organisme de prise en charge s'engagent à respecter les obligations imposées par la législation sur la protection des données à caractère personnel, notamment celles relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, à celles relatives à l'accès aux documents administratifs et à celles relatives aux archives.

Annexe 8 : contrat incitatif des Centres de Santé médicaux ou polyvalents

Option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents en zone déficitaire

Article 1^{er}

Modalités d'adhésion

Le centre de santé médical ou polyvalent installé dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, à savoir 5 km en zone rurale et 2 km en zone urbaine, peut adhérer au « contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents ».

En adhérant, le centre s'engage à ne pas cesser son activité ni à changer de lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives, à compter de la date d'adhésion.

Il formalise son adhésion par le biais d'un formulaire (modèle en annexe 9 du présent accord) qu'il adresse à la caisse primaire de son lieu d'implantation par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 2

Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans renouvelable.

Article 3

Engagements du centre de santé médical ou polyvalent

Pour adhérer, le centre doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans la zone concernée. Dans le cas où le centre de santé est installé dans une zone mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dont l'unité territoriale, au sens de l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques, est inférieure au bassin de vie, il doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans le bassin de vie comprenant cette zone.

Dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone, le centre de santé adhérent s'engage à :

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec les médecins salariés du centre, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;
- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale, conformément aux textes réglementaires.

Le centre s'engage également à transmettre le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) médecins salariés exerçant au sein du centre.

Article 4

Suivi des engagements et des effets de l'adhésion

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

Article 5

Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

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

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

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

Article 6

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

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

Article 7

Aide à l'investissement

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

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

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

Article 8

Aide à l'activité

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

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

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

Article 9

Modalités de versement des aides

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

Annexe 9 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif Centres de Santé médicaux ou polyvalents

Adhésion à l'option démographique destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents en zones déficitaires

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

Identification du centre de santé médical ou polyvalent

"Je, soussigné(e),

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé :

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

.....

déclare adhérer au « contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents » destinée à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents en zones déficitaires et m'engage à respecter les dispositions du présent accord national.

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

.....

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

Cachet de la caisse

Date

Annexe 11 : contrat incitatif Centres de Santé infirmiers

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

Article 1

Objet du contrat

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

Article 2

Durée du contrat

Le « contrat incitatif centres de santé infirmiers » est signé entre la caisse primaire d'assurance maladie et le centre de santé infirmier, pendant une durée de trois ans renouvelable.

Article 3

Champ du contrat

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

Article 4

Conditions générales d'adhésion

Pour bénéficier des avantages prévus au présent contrat, le centre de santé infirmier doit justifier d'une activité conventionnelle réalisée aux 2/3 auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée ».

Article 5

Avantages conférés par l'adhésion au contrat

En adhérant au contrat, le centre bénéficie d'une participation de l'assurance maladie :

- à l'équipement du centre ou autres investissements professionnels (véhicule, ...) dans la limite de 3 000 euros par an par équivalent temps plein (ETP) infirmier exerçant dans le centre, versés à terme échu pendant 3 ans.
- aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation des caisses est assise sur le montant des salaires bruts déclarés de l'ensemble des ETP infirmiers exerçant dans le centre.

Article 6
Engagements du centre de santé infirmier

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

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

Article 7
Modalités et durée d'adhésion au contrat

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

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

Article 8
Suivi des engagements et effets de l'adhésion

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

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

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

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

Article 9
Rupture du contrat

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

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

Le centre de santé peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion au contrat. Il en informe la caisse par courrier. La décision du centre prend effet dès réception par la caisse du courrier.

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

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

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

Identification du centre de santé infirmier :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre :

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

.....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du contrat conventionnel appelée « contrat incitatif centres de santé infirmiers » telles qu'indiquées à l'annexe 11 du présent accord ;

2° M'engager à en respecter les dispositions ;

3° Adhérer au « contrat incitatif centres de santé infirmiers » destiné à favoriser l'installation et le maintien en zone « très sous dotée ».

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

.....

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

.....

Cachet de la caisse

Date

Annexe 13 : fiche de suivi des adhérents

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification du centre de santé infirmier signataire du contrat :

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Pourcentage d'activité réalisée dans la zone « très sous dotée » : %

Cachet de la caisse

Date

Partie à remplir par le centre de santé infirmier (2)

Je soussigné (e) :

- Nom et prénom du représentant légal du centre :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

- connexion haut débit : OUI NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

.....

Sur l'année :

- Nombre d'infirmiers salariés exerçant au sein du centre (ETP):

- Autres éléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

.....

Cachet du centre de santé infirmier

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer au centre de santé infirmier

(2) Document complété par le centre de santé infirmier. Un exemplaire est conservé par le centre, le deuxième est à renvoyer à la CPAM

Annexe 14 : contrat incitatif Centres de Santé dentaires

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

Article 1

Objet du contrat

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

Article 2

Durée du contrat

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

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

Article 3

Champ du contrat

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

Article 4

Conditions générales d'adhésion

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

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

Article 5

Avantages conférés par l'adhésion au contrat

Le centre de santé dentaire adhérent bénéficie :

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

l'installation du centre sur la période de 5 ans correspondant à la durée du contrat pour les centres nouvellement installés dans cette zone.

- (*option 2*) d'une participation de l'assurance maladie aux cotisations dues au titre des allocations familiales en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale. Cette participation est assise sur le montant des salaires bruts déclarés de l'ensemble des équivalents temps plein (ETP) chirurgiens-dentistes salariés exerçant dans le centre de santé et vaut pour la période de 3 ans correspondant à la durée du contrat pour les professionnels déjà installés dans la zone. Cette aide est également valable pour les centres de santé dentaires nouvellement installés dans la zone.

Article 6

Engagements du centre de santé dentaire

En contrepartie de la participation de l'assurance maladie à l'équipement du centre de santé et au financement des cotisations dues au titre des allocations familiales, le centre de santé contractant s'engage à :

- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 75% de son activité ;
- justifier d'une activité dentaire conventionnée réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » pendant toute la durée du contrat quel que soit le cas de figure (3 ou 5 ans) ;
- transmettre le nombre moyen d'équivalents temps plein (ETP) chirurgiens-dentistes exerçant au sein du centre de santé.

Article 7

Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé dentaire prend contact auprès de sa CPAM de rattachement pour formaliser son adhésion par le biais d'un formulaire (modèles en annexes 15 et 16 du présent accord).

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement de l'acte d'adhésion par la caisse et jusqu'au terme du contrat, soit pour une durée de 5 ans (*option 1*), non renouvelable, pour les centres de santé dentaires nouvellement installés, et pour une durée de 3 ans (*option 2*) renouvelable pour ceux déjà installés, dès lors que le centre remplit les conditions requises et que la zone est classée comme « très sous-dotée ».

Article 8

Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Au terme de chaque année civile, la caisse adresse au centre de santé ayant adhéré au contrat une fiche en deux exemplaires destinée à l'évaluation du respect de ses engagements. Un modèle de cette fiche figure à l'annexe 17 du présent accord. Le centre de santé complète la partie qui le concerne et renvoie un exemplaire à sa caisse.

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

Le versement des aides est conditionné au respect des conditions d'exécution du contrat par le centre de santé adhérent.

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

Article 9
Rupture du contrat

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

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

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

**Annexe 15 : formulaire d'adhésion au contrat incitatif Centres de Santé dentaires
(option 1)**

**Adhésion au « Contrat incitatif centres de santé dentaires » option 1 : aide à l'installation en
zone « très sous dotée »**

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

Identification du centre de santé dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé :

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

.....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du « contrat incitatif centres de santé dentaires » telles qu'indiquées à l'annexe 14 du présent accord ;

2° Adhérer au contrat destinée à favoriser l'installation des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 5 ans non renouvelables.

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

.....

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

.....

Cachet de la caisse

Date

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

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

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

Identification du centre de santé dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre :

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

.....

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du « contrat incitatif centres de santé dentaires » telles qu'indiquées à l'annexe 14 du présent accord;

2° Adhérer au contrat destinée à favoriser le maintien en activité des centres de santé dentaires en zone « très sous-dotée », telle que définie par l'ARS, et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 3 ans renouvelable.

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

.....

Accusé de réception de la Caisse

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

.....

Cachet de la caisse

Date

Annexe 17 : fiche de suivi des adhérents

Partie réservée à la CPAM (1)

Période considérée :

Identification du centre de santé dentaire signataire du contrat :

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification :

Date d'adhésion :

Taux annuel de télétransmission : %

Pourcentage d'activité réalisée à titre principal auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotées » : %

Cachet de la caisse

Date

--

Partie à remplir par le centre de santé dentaire (2)

Je soussigné (e) :

- Nom et prénom du représentant légal du centre :

Déclare que les informations suivantes sont exactes :

Montant des investissements réalisés :

Outils informatiques :

- connexion haut débit : OUI NON

Précisez les investissements dans ce domaine (achat de matériel ou service, connexion haut débit...) :

.....

Sur l'année :

- Nombre de chirurgiens-dentistes salariés exerçant au sein du centre (ETP) :

- Eléments utiles pour apprécier le respect des engagements contractés :

.....

.....

Cachet du centre de santé dentaire

Fait à

Le

(1) Document à remplir par la CPAM, en double exemplaire, et à envoyer au centre de santé dentaire

(2) Document complété par le centre de santé dentaire. Un exemplaire est conservé par le centre, le deuxième est à renvoyer à la CPAM

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 19 : majorations spécifiques dans le cadre de la permanence des soins dentaires

Lorsque le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé, ou un centre de santé, inscrit sur le tableau de garde et inscrit auprès du conseil départemental de l'Ordre intervient à la demande du professionnel de santé chargé de la régulation, le chirurgien-dentiste salarié bénéficie pour les actes cliniques et techniques pratiqués dans le cadre de la permanence des soins dentaires, d'une majoration forfaitaire spécifique par patient dénommée « MCD ».

Celle-ci est valorisée comme suit :

	Tarif
Majoration spécifique de permanence des soins pour les actes cliniques et techniques (MCD)	30 €

Cette majoration spécifique est également applicable par le chirurgien-dentiste salarié d'un centre de santé non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du régulateur en remplacement du chirurgien-dentiste de permanence indisponible.

Les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux, ne sont pas cumulables avec la majoration MCD.

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

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

Article 1

Objet de l'option

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

Article 2

Champ de l'option

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

Article 3

Conditions générales d'adhésion

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

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

Le taux de dépassement moyen du centre de santé s'entend dans le présent accord comme étant égal au rapport entre la somme des dépassements d'honoraires sur les actes prothétiques et d'orthodontie d'une part et la somme des honoraires remboursables sur ces mêmes actes, d'autre part.

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

Article 4

Engagements des centres de santé

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

respectant un taux de dépassement moyen inférieur ou égal à 230% sur ses actes prothétiques et orthodontiques, et ce pour toute la durée du contrat.

Les centres de santé dont le taux de dépassement moyen en année N+1 augmente par rapport au taux initial figurant dans le contrat mais reste inférieur ou égal au taux de dépassement moyen de 230%, peuvent bénéficier d'une tolérance au regard des avantages conférés par l'adhésion dès lors que les tarifs de ses actes prothétiques ou d'orthodontie n'ont pas évolué, mais que l'augmentation des dépassements résulte d'une autre cause notamment, la variation de la structure d'activité, tout en gardant une structure d'activité équilibrée entre les soins conservateurs et chirurgicaux, d'une part, et les actes de soins prothétiques et d'orthodontie, d'autre part.

Article 5

Avantages conférés par l'adhésion

En respectant ces engagements, le centre bénéficie d'une rémunération forfaitaire en année N+1 représentant un pourcentage de ses honoraires sans dépassements réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux en année N (on entend ici par année N, la période couvrant le 2^{ème} semestre de l'année N et le 1^{er} semestre de l'année N+1), soit :

- 5% pour la première année,
- 5,5% pour la deuxième année,
- 6% pour la troisième année.

Article 6

Modalités et durée d'adhésion au contrat

Le centre de santé qui souhaite adhérer au contrat prend contact avec sa caisse primaire d'assurance maladie de rattachement pour formaliser son adhésion suivant le formulaire prévu en annexe 21 du présent accord.

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

Article 7

Suivi des engagements et effets de l'adhésion

Les engagements de l'année N (on entend ici par année N, la période couvrant le 2^{ème} semestre de l'année N et le 1^{er} semestre de l'année N+1) sont vérifiés en année N+1. Le calcul du taux de dépassement moyen est réalisé sur la totalité de l'année N, y compris pour les premières adhésions enregistrées en cours d'année afin d'avoir une plus grande visibilité de l'activité du centre.

La rémunération est versée au cours du deuxième semestre de l'année N+1 au titre de l'année N.

Dans le cadre de l'ouverture d'un nouveau centre de santé (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS

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

Article 8

Engagements de l'assurance maladie

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

Article 9

Rupture du contrat

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

Annexe 21 : formulaire d'adhésion au contrat d'accès aux soins dentaires visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques

Ce document est à remplir par le centre de santé dentaire, ou le centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire, qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse primaire d'assurance maladie de son lieu d'implantation. Cette dernière lui retournera un exemplaire.

Identification du centre de santé dentaire ou du centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire :

Je, soussigné (e),

Nom et prénom du représentant légal du centre :

Numéro d'identification du centre (FINESS):

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

.....

Partie réservée à la CPAM :

Taux de dépassement moyen du centre de santé (du 01/07/2014 au 30/06/2015) :%

Déclare :

1° Avoir pris connaissance des dispositions du contrat telles qu'indiquées à l'annexe 20 du présent accord ;

2° Adhérer à l'option conventionnelle et m'engager à en respecter les dispositions, pour une durée de 3 ans.

Cachet du centre de santé

Fait à

Le

Signature

.....

Accusé de réception de la caisse primaire

Adhésion enregistrée le, à effet du

Adhésion non enregistrée

Motif:

.....

Cachet de la caisse

Date

Annexe 22 : dispositif de prévention bucco-dentaire

Prévention bucco-dentaire pour les enfants et les adolescents

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

Article 1er

Parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

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

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

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

Article 2

Contenu du dispositif

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

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

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

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

2.2. Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif, les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe 23 du présent accord.

2.3. Les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs de l'examen de prévention et des radiographies associées le cas échéant ainsi que les soins consécutifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

L'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dans le cadre du programme MT'dents est tarifé à hauteur de 30€. Les forfaits avec radiographies sont revalorisés. Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros
- Examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros.

Article 3 *Modalités pratiques*

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié du centre de santé de son choix, ou du choix de ses parents, dans les 6 mois qui suivent la date d'anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure "renseignements médicaux" est à conserver par le centre de santé dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le praticien dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 3 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

Article 4 *Engagements des parties*

4.1. Les engagements du centre de santé

Le centre de santé s'engage à :

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

4.2. Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :

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

Article 5 *Evaluation du dispositif*

5.1. Les dispositions générales

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

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les centres de santé s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des centres de santé concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

5.2. Le contenu des volets de l'évaluation

Les parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. domaine médical

- nombre d'enfants ayant un besoin de soins / nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention,
- nombre de programmes de soins réalisés / nombre de programme de soins proposés,
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention,
- analyse de l'indice CAO.

2. domaine économique

- suivi de l'indice CAO,
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. domaine social

- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des centres de santé,
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible,
- enquête de satisfaction auprès des centres de santé,
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

5.3. La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses 3 composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes libéraux.

Article 1er
Les parties concernées

1.1. Les bénéficiaires

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

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

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

Article 2
Contenu du dispositif

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

2.1. Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :

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

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

L'examen est complété, si nécessaire, par :

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

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

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

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

Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :

- Examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros

- Examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables.

Article 3

Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.

Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le chirurgien-dentiste ou le médecin salarié d'un centre de santé de son choix, à compter de son 4^{ème} mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le praticien complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure « renseignements médicaux » est à conserver par le centre de santé dans le dossier de la patiente.

Article 4

Evaluation et suivi du dispositif

Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.

L'ensemble des acteurs étant amené à participer à cette évaluation, les centres de santé s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Les parties signataires conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.

Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale.

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

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

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

Chapitre et Codes	Libellés
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD050	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d'une dent d'un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d'une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d'une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade
HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de 14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de 17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de 19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

Chapitre et Codes	Libellés
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.1 2	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD040	Avulsion de plusieurs dents surnuméraires à l'état de germe ou de plusieurs odontoïdes
07.02.05.0 1	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.0 2	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.0 1	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabucales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 25 : rémunération sur objectifs de santé publique

Modalités de calcul de la rémunération

Article 1er

Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des centres de santé médicaux ou polyvalents sur des objectifs de santé publique et d'efficacité, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- Le **niveau initial** du centre de santé est défini à partir de la situation médicale initiale du centre au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de l'adhésion du centre à l'accord national lors d'une nouvelle installation (T0),
- **L'objectif intermédiaire et l'objectif cible** du centre de santé sont conformes aux objectifs prévus dans la convention médicale et communs à l'ensemble des centres de santé.

Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficacité et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 24.2 à savoir :

- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage de l'HbA1c chez les diabétiques de type 2,
- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage du LDL cholestérol chez les diabétiques de type 2,
- et l'indicateur de résultat de pression artérielle chez les patients traités par antihypertenseurs.

La situation médicale initiale du centre de santé n'étant pas connue au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du centre à l'accord national lors d'une nouvelle installation, le niveau initial du centre de santé est défini par défaut à 0 %.

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du centre de santé est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.

Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, **un taux de réalisation de l'objectif** est calculé pour chaque indicateur.

1.1. Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2. Mode de calcul du nombre de points par indicateur

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

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

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le centre de santé de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :

$$20 \times 25 \% = 5 \text{ points}$$

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

1.3. Pondération de la patientèle

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un centre de santé traitant. Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs, le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :

Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle / 800) x valeur du point

1.4. Accompagnement des premières installations

Afin de soutenir l'ouverture d'un nouveau centre (cette ouverture doit correspondre à la création d'une nouvelle structure et non uniquement à un changement de numéro FINESS ou un déménagement à proximité), celui-ci bénéficie de la rémunération sur objectifs de santé publique selon les conditions particulières décrites ci-après.

Pendant les trois premières années suivant sa création, la valeur du point sera majorée de 15 % la première année, 10 % la deuxième année et de 5 % la troisième année.

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

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

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

- le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé (colonne A) comprend l'achat du dispositif médical au fournisseur, majoré d'une partie des charges de structure du centre de santé dentaire.
- le montant des prestations de soins (colonne B1) est la valeur ajoutée médicale du travail effectué par le praticien et toutes les charges du centre de santé dentaire.
- les charges de structure du centre de santé dentaire (colonne B2), autres que celles déjà affectées au prix de vente du dispositif.

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

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

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

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

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

1.1 Définitions des rubriques du plan comptable

[DP] = Total des comptes de la classe 6

[ACHATS⁰] = Total des comptes de la classe 60

[VAMP] = Total des comptes de classe 64

[IMPOTS] = Total des comptes de classe 63

[HT] = Total des comptes de la classe 7

1.2 Calcul du taux de charges de structure :

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

Le taux de charges de structure est la part de l'honoraire total représentée par l'ensemble des charges du centre de santé hors achats et hors charges sociales et fiscales :

$$\text{Taux de charges de structure} = [\text{DP}] - [\text{ACHATS}] - [\text{VAMP}] - [\text{IMPOTS}] / [\text{HT}]$$

Ou

$$\text{Taux de charges de structure} = [\text{Total classe 6}] - [\text{Total 60}] - [\text{compte 64 (praticiens)}] - [\text{Total compte 63}] / [\text{Total classe 7}]$$

2° - Calcul des 3 colonnes, à partir de l'honoraire facturé de l'acte :

→ **Le prix de vente ou coût d'élaboration du dispositif médical sur mesure (colonne A)** intègre le prix d'achat du dispositif et une partie des charges de structure :

$$\text{Prix de vente du dispositif} = \frac{\text{Prix d'achat au fournisseur } r}{(1 - \text{Taux de charges de structure})}$$

→ **Le montant des prestations de soins (colonne B1)**, ou valeur ajoutée médicale de l'acte et charges afférentes se calcule de la façon suivante :

$$\text{Montant des prestations de soins de l'acte} = \text{Honoraire de l'acte} \times (1 - \text{taux de charges de structure}) - \text{Prix d'achat du dispositif}$$

→ **Les charges de structure (colonne B2)** se calculent comme suit :

$$\text{Charges de structure} = \text{Honoraire de l'acte} - \text{montant des prestations de soins} - \text{prix de vente du dispositif}$$

Cas particulier des actes à honoraires plafonnés (CMU-C)

Les calculs sont établis comme pour un acte à honoraire non plafonné, la différence entre l'honoraire habituel et l'honoraire plafonné est déduite du montant des prestations de soins (B1)

Description des prestations médicales :

S'il le juge utile, le praticien pourra compléter le verso du devis par une description détaillée des prestations médicales réalisées dans le cadre du traitement prothétique ou orthodontique proposé.

3° - Cas particulier: le centre dispose d'un laboratoire intégré au centre et cas du dispositif médical sur mesure réalisés en CFAO

On entend par CFAO (Conception Fabrication Assistée par Ordinateur) tout procédé qui consiste à concevoir et à fabriquer le dispositif médical sur mesure par un procédé soustractif tel qu'un usinage.

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

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

Cette activité « fabrication » comprend :

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

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

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

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

Les autres calculs restent inchangés.

Cas spécifique de convention de tiers-payant sur la part complémentaire :

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

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

DE

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. Il a communiqué

Identification du centre de santé

Identification de la structure (raison sociale et adresse du centre)
n° de la structure (FINESS) :

A remplir par l'assuré si celui-ci annonce ce devis à son assureur

--

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

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

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

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

PROJET

Annexe 27 : formulaire d'adhésion du Centre de Santé à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les Centres de Santé et les Caisses d'Assurance Maladie

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

Date de mise à jour en cas de modification de la spécialité (article 51 de l'accord) :

.....

Identification du centre de santé

Nom et prénom du représentant légal du centre de santé :

Numéro d'identification du centre de santé délivré par l'ARS (*n° FINESS*) :

Date d'ouverture du droit à exercer des soins délivrée par l'ARS (*date d'attribution du numéro d'identification*) :

Adresse du lieu d'implantation principal du centre de santé (*entité juridique*) : .

.....

Spécialité du centre de santé (<i>cocher la case correspondante</i>)
--

- centre de santé polyvalent
- centre de santé médical
- centre de santé infirmier
- centre de santé dentaire

Situation actuelle du centre de santé au regard du précédent accord national conclu le 19 novembre 2002 et publié au journal officiel du 19 avril 2003 (<i>cocher la case correspondante</i>)

- adhérent à l'option de coordination des soins médicaux (*date d'adhésion à préciser*) :
- adhérent à l'option de coordination des soins dentaires (*date d'adhésion à préciser*) :
- adhérent à l'option conventionnelle relative à la coordination des soins en centre de santé infirmier (*date d'adhésion à préciser*) :
- adhérent à aucune option de coordination

Situation actuelle du centre de santé au regard du règlement arbitral approuvé par arrêté du 23 février 2015 (Journal officiel du 27 février 2015) : (<i>cocher la case correspondante</i>)

- adhérent (*date d'adhésion à préciser*) :
- non adhérent

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

Fait à

Signature

Le

Cachet du centre de santé

Accusé de réception de la caisse primaire

Adhésion enregistrée le :

A effet du :

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

Adhésion non enregistrée

Motif(s) :

Cachet de la caisse primaire

PROJET

Date

Annexe 28 : règlement intérieur des commissions paritaires

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, et aux commissions paritaires régionales et départementales visées au titre 5 du présent accord.

Article 1^{er}

Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président, accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers et des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation représentative peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à cinq par section.

Chaque caisse ou organisation représentative peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins quinze jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un centre de santé, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 2

Composition des commissions paritaires

Au sein des commissions paritaire nationale, régionales et départementales, les sièges de la section sociale sont répartis de la façon suivante :

- 6 représentants pour le régime général : 4 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien conseil,
- 2 représentants pour le régime agricole,
- 2 représentants pour le régime des professions indépendantes.

Concernant la section professionnelle, la répartition des sièges est laissée à l'appréciation des représentants des centres de santé.

En cas de difficultés pour composer la section professionnelle, les représentants des centres de santé s'accordent pour s'attribuer le nombre de voix nécessaire de telle sorte que leur représentation puisse être assurée.

Article 3

Présidence des sections et des commissions

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

Article 5

Délibérations

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

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

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

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

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

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

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

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

Les membres de la commission sont soumis à l'obligation de secret dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 6

Situation de carence de la commission

Les parties signataires reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti ;
- défaut de parité au sein de la commission ;
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les deux autres cas, la section à l'origine de la situation de carence est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, le secrétariat de la commission paritaire régionale ou départementale saisit la CPN qui prend les décisions de nature à mettre un terme à la situation de carence.

Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence dressé pour la CPN, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Lorsque la situation de carence est constatée dans ces deux cas pour la CPN, la section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président à prendre toute disposition pour remédier à la situation. Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 7

Indemnisation des membres de la section professionnelle des instances

Les représentants des organisations signataires membres de la section professionnelle perçoivent une indemnité de vacation égale à 120 euros par réunion et une indemnité de déplacement. L'indemnité de déplacement est fixée, lors de la première réunion de la commission paritaire nationale conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses. Les mêmes dispositions s'appliquent aux représentants des centres de santé qui participent au CTPPN et aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles.