

MODELE

RAPPORT RELATIF A L'ADHESION DE LA COMMUNE A L'ACCORD NATIONAL

Contexte :

Le(s) centre(s) municipal(aux) de santé de adhèrent depuis à l'accord national régissant les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les gestionnaires de centres de santé.

L'accord national des centres de santé a été renégocié par les organisations gestionnaires de centre de santé et la CNAM au cours de l'année 2015, et un nouvel accord a été signé le 8 juillet dernier.

Son contenu est profondément modifié, pour tenir compte des objectifs nationaux en matière de structuration de l'offre de soins ambulatoire, et des résultats des expérimentations auxquelles les centres de santé ont participé ces dernières années. L'accord national est donc avant tout destiné à financer la coordination pluri-professionnelle.

Par ailleurs, ce nouvel accord étend aux centres de santé des rémunérations jusqu'à présent octroyées aux seuls médecins libéraux : forfait pour le suivi des patients souffrants d'affections longue durée, rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) ; financements spécifiques pour les territoires déficitaires en médecine générale.

Enfin, certaines spécificités des centres de santé ont été intégrées dans cet accord : prise en compte de la vulnérabilité sociale des patients reçus en centre de santé, prise en compte de la démarche qualité mise en œuvre au sein de la structure.

L'accord prévoit que les gestionnaires déjà engagés dans l'accord national de 2003 ont jusqu'au 31 décembre 2015 pour se prononcer sur leur adhésion au nouvel accord, valable 5 ans.

Enjeux :

L'accord national s'appliquera, dès lors que la commune aura adhéré pour chacun de ses centres de santé

Cette adhésion permettra aux équipes de poursuivre le travail de coordination entamé en 2011 dans le cadre de l'expérimentation dite « NMR » (Nouveaux Modes de Rémunération), en bénéficiant de financements spécifiques.

Bien que complexe, car dépendante des résultats obtenues, l'évaluation des recettes attendues permet de distinguer quatre niveaux de financement :

1. La coordination des soins et l'accès aux soins.
2. L'accueil de patients vulnérables et la démarche qualité « centres de santé ».
3. Les transpositions des dispositifs libéraux aux centres de santé.
4. La modération des tarifs de prothèse dentaire.

1. Le financement de la coordination et de l'accès aux soins :

Il s'agit d'une reprise des engagements prévus dans le contrat dit « arbitral », accepté par le Conseil Municipal du en attente de la signature de l'accord national.

Accès aux soins :

1 - Engagements socle :

- Assurer une amplitude d'ouverture couvrant au moins la période de recours non incluse dans le dispositif de permanence des soins ambulatoires : de 8 heures à 20 heures en semaine et le samedi matin, sauf organisation régionale spécifique du dispositif de permanence des soins et sous réserve d'une dérogation de l'agence régionale de santé et de l'organisme d'assurance maladie.
- Permettre, chaque jour ouvré, l'accès à des soins non programmés.
- Mettre en place une fonction de coordination avec un responsable identifié.

2 - Engagements optionnels :

- Participer à une mission de santé publique, en fonction des objectifs du projet régional de santé.
- Assurer des consultations de second recours par des médecins spécialistes, des sages-femmes ou des chirurgiens-dentistes.

Travail en équipe pluri-professionnelle :

1 - Engagements socle

- Organiser régulièrement une concertation formalisée entre les médecins et les autres professionnels de santé de la structure autour des dossiers de certains patients dont les affections correspondent à une liste établie dans le contrat.
- Elaborer, en référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, des protocoles pluri-professionnels pour la prise en charge et le suivi des patients concernés par les pathologies définies dans le contrat.

2 - Engagement optionnel :

- Transmettre les données médicales nécessaires (volet de synthèse médicale) aux professionnels de santé extérieurs à la structure intervenant dans la prise en charge, ainsi qu'aux services sanitaires et médico-sociaux en cas d'hospitalisation.
- Constituer un terrain de stages de formation pour les professionnels de santé, à raison d'au moins deux stages par an et selon les modalités propres à chaque profession.

Système d'information :

1 - Engagements socle

- Mettre en place, au sein de la structure, un système d'information labellisé de niveau 1 par l'ASIP, administré et partagé au moyen d'habilitations différenciées au plus tard au 31 décembre 2016, permettant le partage des dossiers médicaux des patients.

2 - Engagement optionnel :

- Mettre en place un système d'information labellisé de niveau 2 par l'ASIP.

Il est à noter :

- Que l'accord national ouvre certains de ces axes aux services dentaires et paramédicaux des centres de santé, alors que le règlement arbitral de 2015 réservait exclusivement les financements au secteur médical.
- Que l'accord national laisse aux centres de santé la possibilité de déroger aux horaires recommandés (8h/20h et samedi matin), dans la limite minimale de 8h d'ouverture par jour, et en contrepartie d'une baisse des financements sur cet axe, ce qui n'était pas explicitement indiqué dans le règlement arbitral.

2. L'accueil de patients vulnérables et la démarche qualité « centres de santé ».

La coordination médico-administrative permettant l'accompagnement des publics vulnérables (orientation, prise en compte des difficultés linguistiques) est désormais valorisée financièrement par la CPAM.

Par ailleurs, l'implication des centres de santé dans une démarche qualité est recommandée, et peut faire l'objet de financements spécifiques.

3. Les transpositions de dispositifs libéraux aux centres de santé :

Les organisations représentatives des centres de santé réclamaient de longue date de pouvoir bénéficier d'un certain nombre de forfaits, au même titre que les professionnels de santé libéraux.

C'est chose faite dans cet accord, qui permettra aux centres de santé de faire valoir des financements complémentaires au paiement des actes médicaux :

- Forfaits pour le suivi des patients atteints d'affections longue durée et âgés.
- Rémunération sur Objectif de Santé publique.
- Rémunération de l'offre de médecine générale positionnée dans les territoires déficitaires : la commune de a été reconnue territoire déficitaire dans le Schéma Régional de l'Offre de Soins d'Ile-de-France.

Pour cela, la commune doit adhérer au « Contrat Incitatif des centres de santé médicaux et polyvalents ».

4. Le financement de la modération tarifaire sur les prothèses dentaires :

Au regard des taux de dépassement sur les tarifs des actes prothétiques et orthodontiques, les parties signataires de l'accord national ont fait le constat que la pratique des centres de santé est dans l'ensemble raisonnable.

Pour favoriser l'accès aux soins dentaires de la population à des tarifs modérés, les parties signataires de l'accord ont mis en place un dispositif de maîtrise des tarifs des actes. En adhérant à ce contrat, le centre de santé s'engage à respecter un taux de dépassement moyen inférieur ou égal à 230% sur les actes concernés, en contrepartie de quoi une rémunération forfaitaire fondée sur les actes chirurgicaux et conservateurs sera versée par l'assurance maladie.

L'adhésion à ce contrat permettra au(x) CMS de de vérifier, après un an de modération tarifaire (c'est-à-dire non augmentation des tarifs actuels) quel est le niveau de la compensation obtenue, qui n'est à ce stade pas connu (dépendra du volume de soins).

Modalités de rémunération :

La rémunération est versée sur la base des engagements relevant des trois axes et dépend de l'atteinte annuelle des résultats. Elle est également modulée en fonction de la patientèle de chaque centre de santé, entendue comme le nombre de patients ayant déclaré un des médecins de la structure comme médecin traitant, et le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecin généraliste dans l'année.

Enfin, la rémunération sera majorée pour les structures accueillant un taux important de patients précaires relevant de la CMU ou de l'Aide Médicale d'Etat (lorsque le taux de précarité de la structure supérieur au taux de précarité national).

Sous réserve du respect des engagements par le centre de santé, la rémunération peut atteindre :

- 00 000€ par an maximum pour le respect des engagements socle du volet coordination et accès aux soins, hors majoration précarité.
- 00 000€ par an maximum pour le respect des engagements optionnels sur le volet coordination, hors majoration précarité.
- 00 000€ par an maximum pour les engagements optionnels spécifiques aux centres de santé, notamment l'accompagnement de la vulnérabilité et la démarche qualité.
- 00 000€ maximum par équivalent temps plein de médecin généraliste du fait de la présence du CMS en zone déficitaire, ainsi qu'une aide à l'investissement de 5 000€ annuels pendant 3 ans.
- 00 000€ maximum par an et par tranche de 900 patients médecin traitant pour l'atteinte des objectifs de santé publique.
- Ainsi que le paiement des forfaits Affection Longue Durée (40€ / an et par patient ALD dont le centre est médecin traitant) et Médecin Traitant (5€ / an et par patient ayant déclaré le centre comme médecin traitant).

Il est proposé en conséquence aux membres du Conseil municipal d'approuver l'adhésion de la commune à l'accord national, ainsi qu'au contrat incitatif « centre de santé médical et polyvalent » et au contrat d'accès aux soins dentaires.