

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

30/10/91

Origine :

DGR

ACCG

ENSM

MMES et MM les Directeurs

MMES et MM les Agents Comptables

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux

M le Médecin Chef de la Réunion

MMES et MM les Médecins Conseils

Chefs de Service

Réf. :

DGR n° 2680/91 - ACCG n° 34/91

ENSM n° 1455/91

Plan de classement :

246

Objet :

Décrets n° 91-654, 91-655 et 91-656 du 15 juillet pris en application de l'article L. 162-32 du code de

la sécurité sociale.

Agrément et conventionnement des centres de santé.

1. Les conditions d'agrément des centres de santé ainsi que leurs relations avec les organismes d'assurance maladie sont modifiées.

2. Les caisses doivent verser aux centres de santé des subventions à hauteur d'une partie des cotisations

maladie dont sont redevables les centres en qualité d'employeur.

Pièces jointes :

1

Liens :

Dossier suivi par : DMA S. PAPILLON - L. COTTIN

Téléphone : 42.79.32.12 - 42.79.30.96

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

	MMES et MM les Directeurs
	MMES et MM les Agents Comptables
30/10/90	- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
	- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
Origine :	
DGR	MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
ACCG	
ENSM	M le Médecin Chef de la Réunion
	MMES et MM les Médecins Conseils
	Chefs de Service

N/Réf. : DGR n° 2680/91 - ACCG n° 34/91 - ENSM n° 1455/91

Objet : Décrets portant application de l'article L.162-32 du Code de la Sécurité Sociale

L'attention des Caisses d'Assurance Maladie est appelée sur la publication au Journal Officiel du 16 juillet 1991, de 3 décrets pris en application de l'article L. 162-32 relatif aux centres de santé. Il s'agit :

- du décret n° 91-654 du 15 juillet 1991 fixant les conditions de l'agrément des Centres de Santé par l'autorité administrative ;
- du décret n° 91-655 du 15 juillet 1991 relatif aux conditions de prise en charge des soins délivrés dans les centres de santé ;
- du décret n° 91-656 du 15 juillet relatif au montant de la subvention versée par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie aux Centres de Santé.

1. - CHAMP D'APPLICATION DE LA REFORME

La réforme s'applique à toutes les structures qui étaient visées par les annexes 28, 28 bis et 29 du décret du 9 mars 1956 modifié.

Elle vise donc toutes les structures ambulatoires regroupées sous l'appellation "centres de soins médicaux, dentaires et infirmiers", gérées par une personne morale : établissements gérés par une association, une société commerciale, une municipalité, une mutuelle, une caisse de Sécurité Sociale.

2. - DECRET N° 91-54 RELATIF AUX CONDITIONS D'AGREMENT

Les centres de santé en fonctionnement à la date du 16 juillet 1991 disposent d'un délai d'une année soit jusqu'au 17 juillet 1992, pour se mettre en conformité avec les nouvelles normes d'agrément, regroupées dans l'annexe 28 du décret n° 56-284 du 9 mars 1956, qui se substitue aux annexes 28, 28 bis et 29 de ce texte.

Ces nouvelles normes s'appliquent sans délai aux nouveaux centres de santé qui sollicitent leur agrément à compter du 17 juillet 1991.

2.1 - Délivrance de l'agrément

Ce sont désormais les préfets de région qui sont compétents pour délivrer l'agrément. L'octroi de l'agrément s'effectue en 2 étapes :

- examen du dossier d'agrément sur dossier :

ce dossier adressé par le gestionnaire du Centre de Santé au Préfet de région doit, d'une part, justifier que le Centre répondra aux dispositions de l'annexe 28 mentionnée ci-dessus, d'autre part, décrire les activités de l'établissement.

Le Préfet de région notifie sa décision au Centre de Santé et à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dans le ressort de laquelle est situé le Centre, dans un délai de 6 mois à compter de la réception de la totalité des pièces du dossier, après avis de la commission régionale

d'agrément visée à l'article D.162-3 du Code de la Sécurité Sociale.

L'absence de notification dans le délai réglementaire vaut accord.

- Cette décision relative à l'octroi de l'agrément doit être confirmée par un contrôle du centre, organisé sur place à l'initiative du Préfet de région et auquel peuvent participer les représentants de la CPAM, au plus tard 3 semaines avant l'ouverture du Centre. Les conclusions de cette visite sur place sont communiquées au Centre.

Il appartient aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie de s'assurer auprès du Préfet de région de la teneur des conclusions de ce contrôle car il conditionne l'autorisation pour le centre de dispenser des soins aux assurés sociaux au sens de l'article L. 162-21 du Code de la Sécurité Sociale.

L'agrément des antennes, des nouvelles consultations et des fauteuils dentaires supplémentaires est nécessaire et est prononcé par le Préfet de région dans un délai de 2 mois à compter de la réception du dossier établi conformément à l'article D. 162-22.

Les caractéristiques essentielles des conditions de fonctionnement des Centres de Santé, telles qu'elles sont définies par l'article 28, sont explicitées ci-après :

- accès des Centres de Santé à toutes les personnes qui souhaitent bénéficier de leurs services ; en conséquence, ces centres ne peuvent pas n'être ouverts qu'à certaines catégories d'assurés sociaux (mutualistes par exemple...),
- les Centres de Santé ont une activité médicale, infirmière, dentaire. Cette activité peut présenter un caractère exclusif ou non,
- les soins dispensés dans les Centres de Santé sont des soins ambulatoires. En effet, les patients traités dans ces centres doivent pouvoir rentrer le jour même à leur domicile, sans qu'il soit nécessaire d'assurer une surveillance ou la permanence des soins après le retour à domicile,
- chaque centre de santé médical et dentaire doit constituer un dossier médical et dentaire pour chaque patient. La durée de conservation de ces dossiers ne peut pas être inférieure à 5 ans,
- dans les centres dentaires, le nombre d'assistant n'est plus fixé de manière précise, contrairement à ce qui était retenu dans l'annexe 29 du décret de 1956.

2.2 - Retrait d'agrément

L'agrément peut être retiré par le Préfet de région, après avis de la commission régionale d'agrément, lorsque le fonctionnement du centre n'est plus conforme aux prescriptions réglementaires, au dossier qui avait été déposé en vue de la délivrance de l'agrément, ou en cas d'abus caractérisés et répétés ou de fraudes commises à l'égard des organismes d'assurance maladie ou des assurés sociaux.

Le retrait d'agrément vaut interdiction pour le centre de dispenser des soins aux assurés sociaux et par là-même entraîne refus de prise en charge par les Caisses d'Assurance Maladie.

2.3 - Rapport d'activité

Les Caisses d'Assurance Maladie peuvent obtenir, à leur demande, auprès des Centres de Santé de leur circonscription, un rapport annuel d'activité.

3. - DECRET N° 91-655 DU 15 JUILLET 1991 RELATIF AUX CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS DELIVRES DANS LES CENTRES DE SANTE

La caractéristique essentielle de ce texte est de formaliser plus expressément les obligations de chacune des parties : Centres de Santé et Caisses.

Ainsi, notamment, la situation conventionnelle de chaque centre devra être réexaminée par les caisses selon une périodicité quadriennale.

3.1 - Demande de conventionnement

Il appartient au centre d'adresser à la Caisse Primaire une demande de conventionnement.

Pour les Centres de Santé en fonctionnement à la date du 16 juillet 1991, la demande de conventionnement doit être établie dans un délai de six mois à compter de cette date.

Pour les nouveaux centres, la demande de conventionnement sera transmise trois mois avant la date de leur ouverture, accompagnée de la notification d'agrément mentionnée ci-dessus.

Les Caisses Primaires disposent d'un délai de deux mois, à compter de la réception de la demande, pour se prononcer. Elles ne peuvent pas refuser un conventionnement à un centre par simple absence de délibération de leur conseil d'administration.

3.2 - Situations conventionnelles

Les Centres de Santé pourront être classés en trois catégories :

- Les centres conventionnés :

Leurs relations avec les caisses sont régies par la convention qu'ils ont signée avec la CPAM, conforme à la convention-type annexée au présent décret.

- Les centres assimilés :

Il s'agit de Centres de Santé ayant déposé, dans les délais réglementaires, une demande de conventionnement, à laquelle la Caisse n'a pas donné suite dans un délai de deux mois.

Ils bénéficient des principales dispositions des conventions nationales relatives aux diverses professions de santé concernées, pour une période de quatre ans maximum à compter de l'issue du délai de deux mois susvisé imparti à la Caisse.

Ces dispositions ont trait notamment :

- . aux modalités de cotation, facturation, paiement des honoraires et remboursement des actes,
- . aux tarifs d'honoraires à l'exclusion de tout dépassement (sans motif, DE ou DP) ou possibilités d'honoraires différents, sauf en ce qui concerne les soins dentaires,
- . aux tableaux statistiques d'activité des praticiens.

Les centres assimilés ne bénéficient donc pas de la procédure de tiers-payant, en dehors des cas expressément prévus dans les conventions nationales.

Les Caisses d'Assurance Maladie pourront toujours, au cours de la période quadriennale précitée, examiner le dossier de demande de conventionnement et conclure une convention avec les centres intéressés.

- **Les centres non conventionnés :**

Ces centres sont soumis aux dispositions tarifaires prévues par les articles L. 162-8 et L. 162 -12 (tarifs dits d'autorité).

Il s'agit tout d'abord des centres qui n'auraient pas effectué de demande de conventionnement dans les délais impartis, c'est-à-dire :

- . avant le 17 janvier 1992, pour les centres en fonctionnement à la date du 16 juillet 1991,
- . trois mois avant la date prévue d'ouverture, pour les créations ou extensions de centres,
- . un an avant la date d'échéance soit de la convention qui aura été conclue, soit de la validité du bénéfice des dispositions conventionnelles (§ centres assimilés ci-dessus).

Se trouvent dans cette situation également les centres qui, en raison de leurs pratiques, ont fait l'objet d'une décision de déconventionnement ou de suspension du bénéfice des dispositions conventionnelles.

3.3 - Dispositions essentielles de la convention-type

- Elle est conclue pour une **durée de 4 ans**. Les centres doivent en demander expressément la reconduction à la CPAM, un an avant son échéance. Cette dernière dispose alors d'un délai de deux mois pour se prononcer, le silence valant accord de renouvellement pour 4 ans.
- Tarification des prestations : les tarifs des actes sont ceux fixés par les conventions nationales conclues avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les laboratoires et les auxiliaires médicaux.

Tout dépassement d'honoraires ou facturation d'actes hors nomenclature est interdit, excepté les centres ayant une activité dentaire, pour les actes de prothèses dentaires et de traitements d'orthopédie dento-faciale.

- **Imprimés de facturation** : il appartient aux Caisses Primaires de délivrer aux Centres de Santé les feuilles de soins nécessaires à leur activité.

Ces imprimés doivent être conformes aux modèles-types réglementaires, y compris en cas de pratique de la dispense d'avance des frais.

- **Tableaux statistiques d'activité** : à l'instar de ce qui prévaut dans le cadre des conventions nationales avec les professions de santé, les caisses doivent élaborer des tableaux statistiques d'activité pour chaque centre de santé.

Ces tableaux doivent être ventilés par professionnels salariés de ces centres.

Compte tenu de l'importance des répercussions de ces mesures sur les systèmes informatiques, leur application est reportée, et les caisses seront destinataires d'une circulaire spécifique sur ce sujet dès que les systèmes seront opérationnels.

D'ores et déjà, je vous précise que ces TSAP devront être élaborés pour les Centres de Santé conventionnés et pour ceux qui sont assimilés.

- Pour tous les actes réalisés dans les Centres de Santé conventionnés, les patients bénéficient de **la dispense d'avance des frais** dès lors qu'ils justifient de l'ouverture de leurs droits aux prestations.
- Service médical : pour les Centres de Santé ayant une activité dentaire, il est entendu que les missions du service médical sont exercées par les chirurgiens-dentistes conseils.
- **Instance conventionnelle** : il est institué au sein de chaque département une instance paritaire chargée de veiller à la bonne application de la convention et au suivi des TSAP.

Il importe que cette instance soit mise en place rapidement et il appartient aux Centres de Santé de chaque département de communiquer la liste de leurs représentants.

Sans attendre cette communication, l'ensemble des caisses d'un même département doit procéder à la constitution de la section sociale de la commission.

- L'article D. 162-35 du Code de la Sécurité Sociale prévoit une seule commission par département pour l'ensemble des Centres de Santé ; cependant, dans les circonscriptions où un nombre important de Centres de Santé fonctionnent, il peut être envisagé un dédoublement de cette commission...

Vous trouverez en annexe à la présente circulaire un règlement intérieur type qui pourra être proposé lors de la réunion d'installation de cette instance.

- **Procédures conventionnelles** : celles-ci comportent plusieurs aspects essentiels.

Elles s'appliquent non seulement aux Centres de Santé conventionnés, mais également aux centres dits "assimilés" qui bénéficient des dispositions des conventions nationales.

Ces procédures peuvent être engagées pour non-respect tant des dispositions conventionnelles que des dispositions réglementaires - conditions d'agrément.

Ces procédures, quels que soient les faits reprochés, se déroulent en deux temps :

- . envoi d'une lettre au centre, portant constat des griefs. Il est souhaitable que cette lettre, dont copie doit être adressée au préfet ayant délivré l'agrément, fasse mention des conséquences que peut entraîner pour le centre la poursuite de ses agissements,
- . à l'issue d'une période d'observation de trois mois, la caisse peut décider, pour la durée qui lui paraît opportune, dans la limite de la durée de validité de la convention, de suspendre le bénéfice :
 - soit de la dispense d'avance des frais,
 - soit des dispositions conventionnelles.

Enfin, le texte introduit une innovation essentielle lorsque les pratiques du centre ont entraîné le versement de prestations indues, que ce versement ait été pratiqué par la dispense d'avance des frais ou non.

En effet, il appartient dans ce cas à la caisse de recouvrer auprès du centre une pénalité d'un même montant que les prestations indues constatées.

Les contestations qui pourraient porter sur ce recouvrement relèvent du contentieux général de la Sécurité Sociale.

4. - DECRET N° 91-656 DU 15 JUILLET 1991•

Ce décret fixe le montant de la subvention que les Caisses d'Assurance Maladie doivent accorder aux Centres de Santé.

Celle-ci est fixée à la hauteur des cotisations au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés supportées par les Caisses d'Assurance Maladie, soit 9,70 % des salaires bruts des personnels concernés.

4.1 - Champ d'application

Cette mesure vise les centres de santé conventionnés ou bénéficiant des dispositions des conventions nationales.

Elle porte sur les cotisations dues par les centres de santé à compter du 1er juillet 1991.

4.2 - Calcul de la subvention

Elle est égale à 9,70 % des salaires bruts déclarés à l'URSSAF pour la période concernée et pour les personnels salariés suivants :

- médecins,
- chirurgiens-dentistes,
- infirmiers,
- masseurs-kinésithérapeutes,
- sages-femmes,
- orthophonistes,
- orthoptistes,
- pédicures,
- directeurs de laboratoire.

4.3 - Oeuvres gérées par les caisses

S'agissant du cas particulier du budget des oeuvres gérées par les caisses, une partie des produits proviendra des prestations légales à hauteur de 9,70 % de salaires bruts des personnels médicaux et paramédicaux employés.

4.4 - Modalités de règlement

En ce qui concerne les Centres de Santé non gérés par les caisses, les services ministériels et ceux de la Caisse Nationale étudient actuellement la mise au point des modalités de règlement des subventions. Dans l'attente du résultat de ces discussions, que je ne manquerai pas bien entendu de porter à votre connaissance, je suis d'ores et déjà en mesure de vous préciser qu'il appartient à ces centres de formuler leur demande de subvention auprès de la Caisse Primaire dans le ressort de laquelle ils sont implantés.

S'agissant d'une subvention, elle ne pourra être versée qu'après que le centre se sera acquitté de ses cotisations.

4.5 - Imputation comptable

Pour comptabiliser ces subventions, un compte spécifique sera créé lors de la prochaine mise à jour du plan comptable national des Caisses Primaires :

- "657584 : subventions aux Centres de Santé - Assurance Maladie - Régime Général"

en gestion "M-Assurance Maladie".

Lors de l'établissement du compte de résultat de la gestion M, ces dépenses seront imputées, en totalité, à la gestion "MA-Assurance Maladie des Salariés du Régime Général".

Préalablement à la mise à jour du plan comptable national prévue pour le 1er novembre 1991, ces dépenses seront comptabilisées à titre transitoire, au compte "T47288-Dépenses à classer".

Mise à jour du Plan Comptable National AUTOMAC des Caisses Primaires.

Comptes à ouvrir en gestion M :

- 65758 - Autres subventions accordées
- 6575 - Subventions accordées
- 657 - Autres avantages techniques

Comptes à créer en gestion M :

- 657584 - Subventions aux Centres de Santé - Assurance
Maladie -
Régime Général.

L'Agent Comptable

Le Médecin-Conseil
National Adjoint

Le Directeur de la
Gestion du Risque

A. BOUREZ

Dr Pierre-Jean COUSTEIX

J.P. PHELIPPEAU

COMMISSION PARITAIRE DEPARTEMENTALE DES CENTRES DE SANTE

TITRE I

DE LA COMPOSITION

ARTICLE 1

La commission paritaire départementale instituée par l'article D.162-35 du Code de la Sécurité Sociale est composée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

La section professionnelle comprend :

- 3 représentants désignés par l'ensemble des centres de santé conventionnés du département.

La section sociale comprend :

- 3 représentants désignés par les organismes d'assurance maladie au niveau départemental, à raison de :
 - . 1 pour la CPAM,
 - . 1 pour la CMSA,
 - . 1 pour la CMR.

ARTICLE 2

Les Centres de Santé visés à l'article 1, ainsi que les caisses, peuvent désigner des représentants suppléants dans les mêmes conditions que les représentants titulaires.

Les membres suppléants ne siègent aux séances qu'en l'absence d'un des représentants titulaires appartenant à la même section ou à la même caisse.

ARTICLE 3

Le Directeur et le praticien-conseil des régimes d'assurance maladie assistent aux séances de la Commission paritaire départementale.

Les membres de la Commission peuvent se faire assister de conseillers techniques (3 maximum par section : centres de santé ou caisses).

Les participants aux séances de la Commission sont tenus au respect du secret des délibérations.

ARTICLE 4

La Commission paritaire départementale doit être mise en place 3 mois au plus tard après l'entrée en vigueur du décret n° 91-654 du 15 juillet 1991.

En cas de carence, les travaux de la commission sont assurés par les Caisses.

ARTICLE 5

La durée du mandat des membres de la section professionnelle est de 4 ans.

En cas de vacance de poste ou de non-participation d'un membre titulaire non remplacé par son suppléant à 3 séances consécutives, les parties intéressées pourvoient au remplacement de celui-ci dans les 2 mois. Ce dernier exerce alors ses fonctions jusqu'à l'issue de la validité du mandat de la personne qu'il remplace.

ARTICLE 6

La section professionnelle et la section sociale désignent chacune un président choisi parmi leurs membres. Le président de la section professionnelle et celui de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'un an, la présidence et la vice-présidence de la commission paritaire départementale.

TITRE II

DU FONCTIONNEMENT

ARTICLE 7

La commission paritaire départementale se réunit en tout lieu qu'elle choisit à cet effet.

Le secrétariat administratif est assuré par un membre de l'une des caisses.

L'ordre du jour est établi en accord avec le président et le vice-président.

Les convocations sont adressées par le secrétariat aux membres de la commission au moins 15 jours avant la date de la réunion, accompagnées de l'ordre du jour et de la documentation y afférente.

ARTICLE 8

La commission paritaire départementale se réunit chaque fois qu'il est nécessaire et au moins une fois par an.

La réunion est de droit si elle est demandée par le président ou le vice-président.

ARTICLE 9

La commission paritaire départementale se prononce à la majorité des voix.

En cas de partage égal des voix et s'il n'est pas présenté de proposition transactionnelle, la décision est remise à une réunion ultérieure.

En cas de maintien de partage égal des voix, la commission constate l'absence d'accord et ne prend pas de décision.

Les délibérations portant sur l'article 19 de la convention-type font l'objet d'un vote à bulletins secrets.

ARTICLE 10

Les délibérations de la commission paritaire départementale font l'objet de procès-verbaux conservés au secrétariat administratif et signés par le président.

Ces procès-verbaux sont adressés aux membres de la commission, titulaires et suppléants.

TITRE III

DES ATTRIBUTIONS

ARTICLE 11

La commission paritaire départementale exerce les attributions qui lui sont confiées par l'article D.162-35 du Code de la Sécurité Sociale et l'article 19 de la convention-type annexée au décret n° 91-655 du 15 juillet 1991.

ARTICLE 12

La commission paritaire départementale a pour rôle de faciliter l'application de la convention entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Elle réunit les informations utiles à la bonne application des règles conventionnelles.

Elle est régulièrement informée des conditions générales et individuelles d'application de la convention, et notamment de la liste des centres de santé conventionnés ou bénéficiant des dispositions des conventions nationales dans les conditions fixées à l'article D.162-30 du Code de la Sécurité Sociale.

Elle est tenue informée également des décisions prises par les caisses en application de l'article 21 de la convention type ou D.162-31 du Code de la Sécurité Sociale à l'encontre des centres de santé du département.

ARTICLE 13

La commission procède à l'examen des tableaux statistiques élaborés par les caisses en application de l'article 19 de la convention-type et D.162-30-3° du Code de la Sécurité Sociale.

Elle établit, sur proposition des caisses, des critères de sélection des tableaux qu'elle entend examiner.

Elle entend, s'ils le souhaitent, les représentants des centres dont elle assure le suivi.

En cas de carence de la commission dans les attributions qui lui sont dévolues par l'article 19 de la convention-type, la question litigieuse est portée à l'ordre du jour d'une prochaine réunion.

Si cette carence est à nouveau constatée, refus de vote notamment, les attributions de la commission en matière de suivi des tableaux statistiques d'activité sont exercées par la caisse.