



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-144/2003

Document consultable dans Médi@m

Date :

20/11/2003

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☒
Suivi	☐

Objet :

Accord national des centres de santé

Liens :

Cir-76/2003

Plan de classement :

2 22

Emetteurs :

DDRR MPS

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☒ CRAM ☒ URCAM
☒ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service
☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Circulaire complémentaire à la mise en oeuvre de l'accord national des centres de santé.

Mots clés :

Le Directeur
Délégué aux Ressources et au Réseau

Marie-Renée BABEL

Pour le Directeur
Délégué aux Risques

Sylvie LEPEU

CIRCULAIRE : 144/2003

Date : 20/11/2003

Objet : Accord national des centres de santé

Affaire suivie par : Marie-France GERVAIS ☎ 01 58 39 85 10

Arnauld SENN ☎ 01 42 79 33 42

Madame, Monsieur,

Accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie : Télétransmission

Les Caisses Nationales d'Assurance Maladie et le comité national de liaison des centres de santé, la croix rouge française, la Fédération des mutuelles de France, la fédération nationale de la mutualité française, les religieuses en profession de santé, l'union nationale des associations d'aide à domicile en milieu rural, l'union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux, l'union nationale des associations coordinatrices de soins et santé ont signé une convention nationale des centres de santé le 19 novembre 2002 (agréée le 18 avril 2003). Le chapitre VII du titre IV relatif à la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge des prestations.

Il concerne tout centre de santé adhérent à la convention.

Cette circulaire a pour objet de compléter la circulaire n° 76/2003 du 5 juin 2003 relative à la mise en œuvre de l'accord national des centres de santé.

I - L'obligation de télétransmission

L'obligation

L'article 8. I de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 a instauré une obligation à la charge tant des professionnels, que des organismes ou établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'Assurance Maladie. En vertu de ce texte, les professionnels de santé *« doivent être en mesure d'émettre et de signer des feuilles de soins électroniques »*.

En application de l'article L.161-34 du Code de la Sécurité Sociale, issu de cette même ordonnance, il appartient à la convention, de préciser « *les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non respect de ces modalités* ».

L'article 7-9 de la convention des centres de santé pose le principe de l'engagement à transmettre des feuilles de soins électroniques selon les modalités du système SESAM-Vitale au plus tard le 31 décembre 2004 ou à une autre date si les parties signataires de l'Accord National le décident.

Cette obligation est assortie d'une restriction : les instances conventionnelles peuvent décider que tous les éléments techniques nécessaires à la montée en charge du dispositif SESAM-Vitale ne soient pas réunis.

Il s'agit d'apprécier globalement (et de porter un avis sur) les conditions techniques in abstracto et suis generis (délivrance des CPS, déploiement des cartes Vitale, couverture par le réseau internet, etc...) et non pas d'apprécier le fait que le matériel de chaque centre de santé est opérationnel (examen au cas par cas de l'installation et du fonctionnement satisfaisant du poste de travail du professionnel).

Cette procédure permet de constater pour tous les centres de santé la réalisation de la condition de l'engagement conventionnel de télétransmission (la réunion des conditions techniques nécessaires à la télétransmission des FSE).

Les conditions techniques (déploiement de Vitale, distribution des cartes CPS, etc.) ne sont désormais plus un obstacle à la mise en œuvre de l'engagement des centres de santé. Tant l'équipement matériel que logiciel est disponible pour les centres de santé médicaux, dentaires, infirmiers ou polyvalents.

Sanction de l'obligation

La procédure du chapitre VII « Du non respect des règles conventionnelles » permet de sanctionner le centre de santé qui refuserait de télétransmettre mais uniquement à compter de la date fixée conventionnellement au 31 décembre 2004, ou à une autre date si les parties signataires de l'Accord National le décident.

Pendant la période de montée en charge des centres de santé, il s'agira d'assister ces gestionnaires pour la mise en œuvre de la télétransmission. Sur ce point, les caisses ont toute latitude pour communiquer et aider les centres de santé à s'installer par le biais, notamment du ou des correspondants SESAM-Vitale au sein de la CPAM.

II - L'équipement

La liberté de choix du matériel du centre de santé a été consacrée sous réserve de sa conformité aux référentiels du GIE SESAM-VITALE qui rappellent notamment les spécifications fonctionnelles et techniques ainsi que les exigences de sécurité pour le système SESAM-Vitale.

C'est cette conformité qui est vérifiée par le CNDA (Comité National de Dépôt et d'Agrément) au cours de sa procédure d'agrément des logiciels ainsi que par le GIE SESAM-VITALE au cours de sa procédure d'homologation des matériels.

Le site web du GIE SESAM-VITALE (<http://www.sesam-vitale.fr>) permet de consulter :

- ❖ la description des référentiels,
- ❖ la description de la procédure d'homologation,
- ❖ la liste des matériels homologués (liste régulièrement mise à jour),
- ❖ les modalités de marquage permettant de s'assurer de l'homologation du matériel,
- ❖ l'état d'avancement de la procédure pour les matériels ayant fait l'objet d'une demande d'homologation,
- ❖ la liste des logiciels agréés (également disponible sur le site web du CNDA : <http://www.cnda-vitale.org> ou sur minitel : 3614 CNDA),
- ❖ la liste des revendeurs.

Les centres de santé disposent d'une liberté de choix de leur équipement de télétransmission des FSE au sein d'un éventail de trois solutions qui reposent toutes sur la lecture simultanée de la carte CPS et de la carte Vitale :

1. « Un lecteur de cartes à micro processeur conforme aux référentiels en vigueur publiés par le GIE SESAM-VITALE et connecté au micro-ordinateur de le professionnel de santé, lui-même équipé d'un logiciel conforme au cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE pour la télétransmission des feuilles de soins électroniques » :

Des lecteurs bi-fentes homologués et des logiciels agréés sont actuellement disponibles sur le marché soit auprès des revendeurs (référencés sur le site web du GIE SESAM-VITALE), soit auprès des industriels dont le matériel est homologué.

Des lecteurs acceptant la carte bancaire sont disponibles sur le marché. Il convient toutefois de signaler que cette solution, même homologuée par le GIE carte bancaire, ne sera pas nécessairement acceptée par l'établissement bancaire du centre de santé.

2. « Un matériel conforme aux référentiels et au cahier des charges en vigueur publié par le GIE SESAM-VITALE, spécialement dédié à la télétransmission, capable d'élaborer et d'émettre des feuilles de soins électroniques. » :

Des dispositifs intégrés mono-applicatifs (c'est-à-dire dédiés à la seule application SESAM-Vitale d'élaboration et de télétransmission des FSE) homologués sont sur le marché pour les centres de santé ne souhaitant pas investir dans l'informatisation de leur activité au-delà de la télétransmission.

3. « Toute autre solution reposant sur un dispositif de sécurisation et d'authentification des FSE intégrée dans le micro-ordinateur du centre de santé, sous réserve que les conditions de sécurisation soient de même niveau que celles des solutions 1) et 2) et que cette solution soit conforme aux référentiels publiés par le GIE SESAM-VITALE » :

A ce jour, aucun dispositif homologué de ce type (qui correspondrait à l'utilisation de lecteurs transparents) n'est disponible sur le marché. De même, aucun dispositif de sécurité sans lecteur bi-fente (c'est-à-dire reposant sur l'utilisation de deux lecteurs mono-fente) n'existe sur le terrain.

Il convient de souligner que la mention de trois types de solutions dans les textes conventionnels ne se traduit pas obligatoirement par une commercialisation immédiate des matériels afférents, quand bien même le GIE SESAM-VITALE en aurait défini les spécifications (dénommées « référentiels »). Les industriels ne sont en effet soumis à aucune obligation de développer toutes les solutions.

Néanmoins, il est donc important de noter que le centre de santé ne saurait suspendre le démarrage de son obligation à la télétransmission, à la disponibilité sur le marché des trois solutions.

En fonction de leurs besoins effectifs les centres de santé doivent se doter en cartes de professionnels de santé. Les caisses financent pour chaque centre de santé :

- 1 carte de directeur d'établissement
- 1 à 5 cartes des personnels d'établissement au maximum
- 1 carte dite « CPS » par professionnel de santé salarié par le centre de santé amené à réaliser des FSE

L'obtention de ces cartes est de la responsabilité du directeur du centre qui doit prendre contact avec le GIP "CPS" qui lui fournira un bordereau de demande. Les demandes ne transitent pas par les fichiers de l'Assurance Maladie. (voir en Annexe le tableau de synthèse de commande des cartes en fonction du poste occupé par son possesseur).

La télétransmission des FSE nécessite une connexion à un réseau de transmission. Le centre de santé dispose du libre choix du réseau. Il peut donc se connecter :

- directement au Réseau Santé Social (RSS ou futur RSV),
- à un réseau associé au RSS ou futur RSV,
- à un fournisseur d'accès à Internet,
- ou recourir à un organisme professionnel concentrateur technique (cette solution se combine le plus souvent avec une connexion avec un réseau associé) ; il s'agit là d'une faculté offerte au professionnel, tout comme les deux précédentes et nullement d'une obligation. Les rapports du professionnel et de cet organisme relèvent de la stricte responsabilité du centre de santé.

Des plaquettes d'information concernant SESAM-Vitale ont déjà été élaborées à destination des centres de santé par le GIE SESAM-VITALE.

III - Le traitement des incidents

Les modalités de transmission des feuilles de soins en cas d'incidents sont prévus par le décret n°97-1321 du 30 décembre 1997 (articles R.161-39 à R.161-51 Code de la Sécurité Sociale). Il faut distinguer les incidents survenant tant au stade de l'élaboration des feuilles de soins électroniques que de leur télétransmission.

1) Absence ou non-fonctionnement de carte lors de l'élaboration de la feuille de soins électronique.

Le centre de santé peut élaborer une feuille de soins papier conformément à l'article R.161-47 alinéa 2 Code de la Sécurité Sociale. Ce support papier peut être transmis à l'organisme seul ou accompagné d'un document électronique de facturation non sécurisé via le réseau qu'il utilise habituellement pour transmettre ses FSE. Il s'agit là du mode de fonctionnement dégradé ¹ prévu pour SESAM-Vitale, permettant d'élaborer un document électronique de facturation en présence de la CPS du professionnel de santé mais en l'absence de la carte Vitale de l'assuré. En pratique, l'émission de ces flux dits « dégradés » par le centre de santé devrait rester limité puisqu'il doit de toute façon réaliser une feuille de soins papier et qu'il ne reçoit pas d'accusé de réception logique (ARL) pour ce type de flux : le centre de santé ne sera amené à l'utiliser que dans le cas d'un patient habituel en tiers payant ayant oublié sa carte.

Dans l'immédiat, le recours à cette procédure « dégradée » suppose que le centre de santé ait contracté un accord tiers payant IRIS B2 avec la caisse destinataire du flux. Faute d'un tel accord, l'acceptation de ce flux dégradé par la caisse n'est pas garantie. En outre, il faut préciser que cet accord ne peut intervenir que dans le cadre de la circonscription.

Il convient de distinguer le document issu de cette procédure de la véritable FSE que l'article R.161-43 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale permet de réaliser sans la signature de l'assuré « lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté ». Le cahier des charges SESAM-Vitale interdit cette pratique dans le cas des professionnels de santé exerçant en ville : compte tenu des abus auxquels elle avait donné lieu, il a été décidé qu'une feuille de soins papier serait utilisée dans un tel cas, évidemment rarissime.

2) Duplicata (dysfonctionnement lors de la télétransmission des feuilles de soins électroniques).

L'article R.161-47 CSS permet de délivrer un duplicata dans les cas suivants :

- ❖ en cas d'échec de la réémission de la FSE (réémission obligatoire en cas d'ARL négatif ou si, dans un délai de 2 jours ouvrés après la première télétransmission, aucun ARL n'a été reçu par le centre de santé ²),

¹ Cette procédure dégradée est également utilisée en cas de dysfonctionnement du lecteur.

² Le délai de réémission est prolongé, en cas de congé du professionnel de santé, jusqu'à la date de sa première télétransmission à son retour de congé.

- ❖ si le centre de santé n'est pas en mesure pour une raison indépendante de sa volonté de transmettre une FSE (par exemple : vol ou panne de l'ordinateur entre le moment où la FSE a été réalisée et celui où elle devrait être télétransmise).

Le centre de santé utilise pour ce faire une feuille de soins papier conforme au modèle cerfatisé sur laquelle il appose très lisiblement la mention "duplicata" ainsi que le motif de sa délivrance (cf. paragraphe précédent). Ces mentions permettront donc de distinguer le duplicata délivré dans les deux cas précités de la feuille de soins papier ordinaire.

- ❖ En cas de paiement direct, ce duplicata est remis à l'assurée conformément aux dispositions de l'article R.161-47 Code de la Sécurité Sociale.
- ❖ En cas de tiers payant total ou partiel, le centre de santé transmet à la caisse le document dûment signé.

Si l'assuré n'a pas été dans la possibilité de le signer, la caisse peut éventuellement lui demander d'attester la réalité des informations.
Tous contrôles a posteriori restent bien évidemment possibles.

IV - Les aides à la télétransmission

1) Le principe :

L'Assurance Maladie rémunère le service rendu, sur la base d'une aide pérenne composée de deux forfaits dont le versement est conditionné à la réalisation pour l'année 2003 à 20 FSE :

L'aide est versée pour l'année 2003 au plus tard le 1^{er} mars 2004.

- le forfait structure d'un montant de 317 euros

Le centre de santé reçoit un nombre de forfaits variant en fonction de sa taille :

- centre de santé employant moins de 4 professionnels de santé (4 exclus) équivalent temps plein : 1 forfait structure.
- centre de santé employant de 4 à 7 professionnels de santé (4 inclus; 7 exclus) équivalent temps plein : 2 forfaits structure.
- centre de santé employant de 7 à 10 professionnels de santé (7 inclus; 10 exclus) équivalent temps plein : 3 forfaits structure.
- centre de santé employant à partir de 10 professionnels de santé équivalent temps plein : 4 forfaits de structure (10 inclus)

- **le forfait professionnel de santé d'un montant de 164 euros**

Le centre de santé reçoit autant de forfaits que de professionnels de santé salariés par lui en équivalent temps plein (ETP). Tant que l'ETP n'est pas entièrement constitué, il ne peut pas être considéré comme acquis. Aucun dixième ne peut être pris en compte. Exemple 3,2 ETP = 3 forfaits professionnels de santé ou 4,9 ETP = 4 forfaits professionnels de santé.

2) Les modalités de calcul :

Il convient de préciser que les caisses qui souhaitent bénéficier du paiement automatisé devront, avant **le 15 décembre 2003**, transmettre à la CNAMTS la liste des centres de santé concernés par ces aides.

Le centre de santé devra faire parvenir à la caisse de sa circonscription les informations concernant le nombre de praticiens salariés calculé en équivalent temps plein au titre de l'année N-1..

Les informations ci-dessous désignées seront regroupées par la CPAM sous un fichier au format Excel identifié par le numéro de la caisse CPAMXXX-cs.xls (masque de saisie joint à la circulaire). Ce fichier doit être transmis à la boîte aux lettres aidesteletransmissions@cnamts.fr (via l'ANNUAIRE ASSURANCE MALADIE) dans un e-mail ayant pour objet **centres de santé**, et il devra faire l'objet d'un accusé de réception.

Par exemple, pour la CPAM des Hauts de seine : CPAM926-cs.xls, ou pour la CPAM de Nice : CPAM061-cs.xls. Il ne faut pas créer de feuille de calcul distinguant les différents centres de santé (pas d'onglet séparé).

Les caisses doivent envoyer un fichier unique Excel qui ne pourra pas être modifié ou complété une fois reçu dans la boîte.

Le fichier EXCEL est composé des informations suivantes :

- CPAM,
- N° de gestion AM sur 9 chiffres
- nom du centre ,
- catégorie du centre
- nombre de PS ETP.

Tableau des forfaits structures et des forfaits professionnels de santé pour l'année 2003 :

Forfaits Structures : FCS	Centres de santé de 4PS	1 forfait=317€	20 FSE et appartenant à la liste remontée par les caisses
	Centres de santé de 4 à 7 PS	2 forfaits=634€	
	Centres de santé de 7 à 10 PS	3 forfaits= 951€	
	Centres de santé d'au moins 10 PS à temps plein	4 forfaits=1268€	
Forfaits Professionnels de Santé: FPS	Centres de santé	164€/PS indiqué sur la liste remontée par les caisses	

V – Difficultés d'application.

Les difficultés d'application seront soumises à la Commission Paritaire Nationale des centres de santé.