



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

Document consultable dans Médi@m

CIRCULAIRE

CIR-76/2003

Date :

05/06/2003

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Accord national des centres de santé.

Liens :

Plan de classement :

2 22

Emetteurs :

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 :

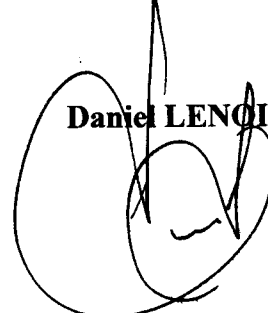
Mise en œuvre de l'accord national des centres de santé.

Mots clés :

L'Agent Comptable


Joël DESSAINT

Le Directeur


Daniel LENOIR

CIRCULAIRE : 76/2003

Date : 05/06/2003

Objet : Accord national des centres de santé.

Affaire suivie par : Arnauld SENN MPS ☎ 01.42.79.33.42

Martine JOUIN AC ☎ 01 42 79 36 91

Monique JALCE MOP ☎ 01 42 79 43 34

Dr PIOLOT DSM ☎ 01 42 79 32 17

Madame, Monsieur,

1. CADRE JURIDIQUE

1.1 Rappel historique

Le secteur des centres de santé relevait jusqu'à présent d'un dispositif réglementaire : les décrets 91/654, 655 et 656 du 15 juillet 1991. Ce dispositif réglementaire, assez succinct, fixait les règles applicables à l'ensemble de l'activité des centres de santé :

- Décret 91/654 : règles de l'agrément des centres de santé par l'autorité administrative.
- Décret 91/655 : règles relatives aux conditions de prises en charge des soins délivrés dans les centres de santé. La convention-type annexée à ce décret organisait les relations caisses / centres de santé sans possibilité de l'adapter au niveau local.
- Décret 91/656 : règles relatives au montant de la subvention versée par les caisses aux centres de santé (11.5% des salaires bruts des personnels médicaux et paramédicaux).

1.2 L'Accord National

La loi de financement de la Sécurité Sociale de 2000 (complétée par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2002) réorganise totalement ce secteur en distinguant clairement ce qui relève :

- *De la loi et du règlement :*
 - agrément des centres de santé par l'autorité administrative qui relève désormais du décret 2000-1220 du 13 décembre 2000. L'agrément vaut autorisation de délivrer des soins aux assurés sociaux.
 - principe du versement de la subvention de 11.5%.
 - principe de la dispense d'avance des frais.

Ces dispositions s'appliquent donc à tous les centres, en toutes circonstances, quel que soit leur positionnement par rapport à l'accord national. Les caisses doivent donc continuer à verser la subvention de 11.5 % exactement comme auparavant. Les centres continuent à bénéficier de la procédure de tiers-payant comme auparavant.

- *De l'accord national :*
 - Obligations des caisses et des centres,
 - Condition d'application des conventions libérales,
 - Qualité et coordination des soins,
 - Rémunération autres que le paiement à l'acte pour les activités non curatives des centres (notamment prévention et éducation pour la santé).

Par rapport à l'accord national plusieurs positionnements sont possibles :

- *Un centre décide de ne pas adhérer à l'accord national (socle commun) :* Il continue à bénéficier du versement de la subvention de 11.5 %, à pratiquer le tiers-payant et se doit d'appliquer les tarifs conventionnels. L'éventuel refus d'adhésion à l'accord national n'entraîne donc aucune remise en question du mode de fonctionnement actuel des centres (agrément, prise en charge des soins, etc.). Par contre, il les prive de toutes les dispositions existantes dans l'Accord National (aide à la télétransmission, aide à l'équipement informatique, dispositifs de formation, dispositifs d'options etc.).
- *Un centre adhère à l'accord national mais pas au(x) dispositif(s) d'option le concernant :* le centre bénéficie alors des dispositions communes prévues pour tous les centres adhérant à l'accord national (aide à la télétransmission, aide à l'équipement informatique, dispositifs de formation) mais pas des dispositions concernant les options.
- *Un centre adhère à l'accord national et au(x) dispositif(s) d'option le concernant :* le centre bénéficie alors des dispositions communes prévues pour tous les centres adhérant à l'accord national (aide à la télétransmission,

aide à l'équipement informatique, dispositifs de formation) mais aussi des dispositifs d'options le concernant.

Remarque : l'adhésion à l'accord national est un préalable pour l'adhésion aux différents dispositifs d'option prévus par l'Accord National.

La présente circulaire vise donc à présenter cette convention nationale dénommée **Accord National** signé entre les représentants des organisations gestionnaires de centres de santé et les trois caisses nationales le 19 novembre 2002 et agréé officiellement le 18 Avril 2003.

REMARQUE PRATIQUE :

Concernant les différents imprimés utilisables dans le cadre du présent accord, il est demandé aux caisses de procéder à l'édition desdits imprimés à partir des documents joints en annexe.

2. LES DISPOSITIFS D'OPTION DANS LES CENTRES DE SANTE

Les différents mécanismes d'option définis dans l'Accord National visent à reconnaître, entre autres, financièrement le mode d'exercice particulier des centres. Plusieurs options ont donc été définies par l'Accord National, chacune obéissant à sa propre logique.

2.1 Principes généraux

L'adhésion d'un centre à cette démarche suppose l'implication de l'équipe médicale, dentaire ou infirmière (selon le type de centres). L'engagement collectif de l'équipe soignante est de la responsabilité du gestionnaire de centre.

Remarque : Les centres infirmiers ne sont éligibles qu'à l'option relative aux soins infirmiers, et les centres dentaires qu'à l'option relative aux soins dentaires. Par contre, il convient de noter que les centres polyvalents pourront être éligibles à plusieurs dispositifs d'option de coordination des soins : option médicale, dentaire ou infirmière en fonction des domaines qu'ils couvrent.

2.1.1 La coordination des soins médicaux et polyvalents

Le principe de cette option, consiste à mettre en place un dispositif de suivi et de coordination des soins autour du patient mais aussi à promouvoir la prévention dans toutes ses dimensions.

2.1.2 La coordination des soins dentaires

L'option dentaire, comparable dans son esprit à l'option des centres médicaux et polyvalents (appliquée à l'art dentaire) a pour objectif de mettre en place un dispositif de suivi et de continuité des soins au profit du patient. L'adhésion d'un centre dentaire (ou éventuellement polyvalent) à cette démarche suppose l'implication de l'équipe dentaire.

2.1.3 La coordination des soins infirmiers

L'option concernant les soins infirmiers est assez différente des autres options.

La coordination des soins, dans le cadre des centres infirmiers, consiste à mettre en place une organisation permettant la continuité et la coordination des soins à deux niveaux. Ce travail de coordination est en effet interne (coordination autour du malade) mais aussi externe (en pratique, prise en charge des sorties d'hospitalisation). L'objectif de cette option est d'assurer une bonne qualité du suivi du patient à l'intérieur du centre, mais aussi d'améliorer la coordination des soins entre les centres et l'offre de soins environnante au niveau local.

2.1.4 Système d'incompatibilité

La mise en place d'un dispositif d'option au profit des centres et de leurs assurés doit pour des raisons de cohérence faire l'objet d'une coordination :

- au sein du secteur des centres de santé (éviter qu'un assuré ne soit optant au niveau de plusieurs centres, ce qui constituerait la négation de l'option)
 - entre ce secteur et le dispositif du médecin référent. Il serait en effet absurde que l'assuré s'engage à avoir recours à deux praticiens différents en première intention.
- Le tableau ci-dessous présente le système d'incompatibilité :

	Centre de santé polyvalent.	Centre de santé dentaire	Médecin Référent
Centres de santé polyvalent / adhésion explicite ou tacite	NON	OUI	NON
Centres de santé dentaire	OUI	NON	OUI
Médecin référent	NON	OUI	NON

Par contre, il convient de noter que l'assuré optant dans un centre de santé polyvalent A peut, ponctuellement avoir recours à des soins dans un centre de santé polyvalent B, si sa situation l'exige, ou si le centre A ne dispense pas l'acte médical concerné.

Concernant le contrôle de ces incompatibilités, il convient de souligner que les caisses devront, à ce stade, effectuer les contrôles précisés dans la présente circulaire. Néanmoins, à terme, des mesures sont prévues pour automatiser ces contrôles au niveau informatique.

2.2 Mode opératoire

2.2.1 La coordination des soins infirmiers

A Modalités d'adhésion

Les centres de santé infirmiers adhèrent par simple courrier à l'attention de la caisse :

- lettre du responsable du centre
- utilisation des imprimés spécifiques annexés à l'accord national
- Tableau d'effectif certifié par le gestionnaire du centre en précisant l'effectif total et l'effectif ETP au 31 Décembre de l'année N-1.

Procédure d'adhésion du centre de santé infirmier

A la réception de la lettre du centre infirmier, la caisse notifie au centre :

- son accord
- son désaccord motivé (non respect de l'une des obligations mentionnées au paragraphe ci-dessus).
- NB : la non réponse de la caisse au bout d'un délai de 15 jours vaut acceptation.

B. Obligations du centre

Conditions effectives d'emblée

a. Relatives à l'organisation interne du centre (art 4.1 de l'accord)

Mise en place d'une coordination interne :

- Planification de l'intervention de l'ensemble des infirmières du centre
- Utilisation d'un dossier patient,
- Utilisation d'un cahier de transmission interne
- Mise en place de réunions au moins mensuelles au niveau de l'équipe soignante.

Mise en place d'une continuité des soins :

- Utilisation d'un cahier de transmission infirmière/intervenant
- Engagement à mettre en place des réunions spécifiques en fonction de l'évolution de l'état du malade,
- Maintien d'un lien permanent avec le malade

b. Relatives à l'organisation avec l'offre de soins environnante

La coordination externe donne lieu à la conclusion d'au moins une convention entre le centre infirmier et un établissement de soins (hôpital, clinique ou HAD). Cette convention sera conforme à la convention-type présente en annexe à l'Accord National.

Le versement du forfait lié à l'option infirmière se faisant en deux fois (cf. article 4.6.2. de l'Accord National), il est demandé aux caisses :

- de verser la première moitié de ce forfait, au moment de l'adhésion, que le centre ait signé ou non une convention avec un établissement environnant,
- de verser la deuxième moitié de ce forfait, à l'issue de la période d'un an prévue par l'Accord National, uniquement dans le cas où le centre infirmier a signé une convention avec un établissement environnant.

Par ailleurs, la signature d'une convention avec un établissement environnant est obligatoire pour le renouvellement de l'option.

Enfin, il est demandé aux caisses d'établir, en liaison avec les gestionnaires de centres infirmiers, un bref état des lieux concernant la prise en charge des patients concernés dans l'environnement immédiat du centre de santé. Cet état des lieux sera transmis au gestionnaire du centre afin qu'il le complète s'il le juge utile. A titre indicatif, cet état des lieux doit comporter :

- Un inventaire des établissements hospitaliers existant dans la commune d'implantation du centre (à défaut dans les communes avoisinantes). Cet inventaire devra éventuellement mettre en avant la spécialisation des établissements de certains types de pathologies.
- Un inventaire succinct concernant l'offre de soins libérale : nombre d'infirmières, répartition géographique.
- Un rappel des conditions de prises en charge de malades en provenance de ces établissements par les centres infirmiers. Il appartiendra aux gestionnaires de centres infirmiers et/ou à l'équipe paramédicale de fournir toute information utile à ce sujet.

Il conviendra de prendre tout contact éventuellement utile avec la CRAM ou l'URCAM pour la réalisation de cet état des lieux.

Le centre infirmier devra impérativement remplir toutes ces conditions au moment de son adhésion à l'option, les caisses pouvant vérifier sur place le respect de ces mêmes conditions, si elles l'estiment nécessaire.

. Conditions effectives ultérieurement

Le centre s'engage à respecter pour l'avenir les dispositions de l'accord national concernant la participation à des actions de formation continue (art 4.3) et la participation à des actions de prévention et de promotion de la santé (art 4.4). En effet, le respect de ces dispositions passe nécessairement par la mise en place de dispositifs qui ne sont pas encore opérationnels au niveau national.

Il suffit donc au centre de s'engager pour l'avenir à respecter ces dispositions. La vérification du respect de celles-ci sera appréciée ultérieurement.

C. Montants des forfaits

Le versement du forfait de coordination s'effectuera chaque année pendant toute la durée de l'Accord National.

Le montant total versé aux centres infirmiers dépend de l'effectif de celui-ci (en équivalent temps plein) comme cela est précisé dans l'art. 4.6.1. de l'Accord National. L'effectif à prendre en compte est celui existant au 31 décembre de l'année N-1.

Le versement des forfaits se fait aux centres en deux fois :

- Par moitié au moment de l'adhésion du centre à l'option (liquidés avec un nouveau code acte CID).
- Par moitié à l'issue d'une période d'un an dans la mesure où le centre a satisfait à ses obligations. Pour l'instant, il faut entendre par « obligations » les conditions impératives requises pour l'adhésion du centre à l'option (liquidés avec un nouveau code acte CIF).

Il convient de noter que l'échéance du paiement de la deuxième moitié du forfait correspond à l'échéance pour le renouvellement de l'option, celle-ci étant annuelle. Il conviendra donc, deux mois avant cette échéance, d'envoyer un courrier au centre pour lui demander s'il renouvelle ou

non son adhésion à l'option. Afin de faciliter le suivi dans le temps de ce dispositif, un fichier de suivi EXCEL est fourni en annexe.

Les montants des forfaits seront versés aux centres infirmiers pour le compte de tous les régimes d'assurance maladie. Ils seront pris en charge pour le Régime Général au titre de la branche Maladie.

La répartition entre les régimes sera effectuée en automatique (via la table QUALIFLUX n° 358) selon la clé de répartition des cotisations des PAM, soit actuellement : 86.97 % pour le Régime Général et 13.03 % pour les autres régimes.

Les forfaits aux centres infirmiers seront payés sous les codes actes CID et CIF et ventilés automatiquement par QUALIFLUX dans les comptes suivants:

❧ Si le centre relève du secteur privé
656111173 : *Forfaits option centres de santé (en gestion MOC)*

❧ Si le centre relève du secteur public
656111116 : *Honoraires du secteur public (en gestion MOC)*

❧ *Autres Régimes*
45112673 - *CNAMTS- Forfaits centres infirmiers (en gestion TM)*
Ce compte fera l'objet d'une centralisation par la CNAMTS, afin de présenter la demande de remboursement de ces forfaits aux différents régimes.

Les forfaits seront liquidés avec un NIR fictif qui aura la structure suivante :

- Sexe : « 1 »
- Année : « 55 »
- Mois : « 55 »
- Département : « 55 »
- Commune : n° de la CPAM sur 3 caractères
- N° insee : « 030 »
- Clé : calculée en fonction du modulo 97
- Nom : Nom de la CPAM
- Prénom : « Fictif »
- Date de naissance : « 31/12/1955 »
- Verrou CAS : « OUI » -date de début = date de création de l'assuré –
date de fin = à blanc
- Date 1^{ère} immat : « 01/01/1956 »
- Régime : « 888 » au 01/01/1956
- DRG adresse : adresse de la Caisse
- DRG domiciliation: « SAN »

A terme, une évolution d'IRIS / PPN est prévue afin de permettre des paiements au titre de l'option sans référence à la notion d'assuré.

2.2.2 La coordination des soins médicaux

A Modalités d'adhésion

Les centres adhérents font part de leur engagement à la caisse en transmettant les documents suivants :

- Lettre du responsable du centre comportant :
 - Une brève présentation de l'activité du centre (spécialités couvertes, présence de chirurgiens-dentistes, d'auxiliaires médicaux, etc.)
 - Un engagement officiel à remplir l'ensemble des obligations posées par l'option et par la charte
- les imprimés spécifiques annexés à l'accord national.

Problème de l'adhésion des assurés

Deux cas sont donc à distinguer :

- Le patient signe officiellement son adhésion (adhésion explicite) en désignant un médecin généraliste coordinateur : dans ce cas, le versement du forfait se fait en deux fois. La première moitié est versée au moment de l'adhésion du patient, la seconde moitié est versée à l'issue d'une durée d'un an à compter de la date d'adhésion du patient.
- Le patient ne signe pas officiellement son adhésion (adhésion tacite).

En effet, pour des raisons culturelles (analphabétisme ou illétrisme notamment), certains assurés peuvent avoir des difficultés à appréhender tous les tenants et aboutissants de la démarche d'option qui leur est proposée. Ces assurés peuvent donc avoir du mal à s'intégrer dans une démarche organisée de soins. Pour ces assurés la signature formelle d'un document administratif constitue souvent un obstacle à cette intégration et peut se révéler inadaptée à leur situation particulière.

Pour cette raison, et à titre exceptionnel, l'Accord National prévoit la possibilité de prendre en compte l'adhésion de patients qui n'auraient pas signé officiellement leur adhésion (assurés « non signataires »). Concernant la procédure dérogatoire (assuré « non signataire »), la caisse demandera une déclaration officielle du gestionnaire du centre à ce sujet. A défaut d'une telle déclaration, la caisse vérifie que ce patient a bien eu recours au centre trois fois dans les douze mois qui précèdent la demande du centre. Par la suite le centre envoie une fois par mois la liste des éventuels nouveaux adhérents à la caisse qui procèdent de la même façon.

Le centre doit faire une déclaration à la caisse et donner toutes les informations en ce sens. Dans ce cas, il a été convenu avec nos partenaires que le versement du forfait se ferait en une fois, à l'expiration d'une durée d'un an à compter de l'adhésion (tacite) desdits assurés (aucun versement au moment de l'adhésion). De plus cette procédure dérogatoire n'est ouverte que pour la première année d'adhésion des assurés.

B Obligations du centre

Effectives d'emblée

L'adhésion d'un centre à l'option implique qu'il respecte les obligations suivantes :

- Mise en place d'un document médical de synthèse (« DMS »). Pour l'instant, le DMS n'étant pas encore formalisé, il conviendra pour l'instant de vérifier que le DMS comporte bien les rubriques suivantes (cf. article 3.1 in fine) :
Identification de l'adhérent
Principaux antécédents personnels et familiaux
Affection donnant lieu au suivi actuel
Vaccinations
Situations par rapport au dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables (dépistage des cancers)
ALD exonérantes
Plan personnalisé de prévention
- Engagement du centre à suivre l'ensemble des items de la charte de qualité en particulier :
 - Mise en place d'un système de réponse concernant les demandes de visites à domiciles.
 - Engagement à se conformer aux dispositions de la charte d'organisation (Annexe N° II).

Effectives ultérieurement

Il convient de souligner que certaines dispositions ne pourront être effectivement respectées qu'ultérieurement :

- Participation à la permanence et à la continuité des soins : il convient d'examiner cette disposition à la lumière des textes existant à ce sujet. En effet, cette obligation n'a de sens que dans la mesure où les textes concernés existent et permettent une intégration effective des centres.
- Mise en place d'un document de liaison : pour l'instant, ce document n'est pas défini. Il n'y a donc pas lieu d'en tenir compte.
- Présentation formelle du DMS : modèle fixé au niveau national au cours des prochains mois.

C. Procédure d'adhésion

La prise en compte technique de l'option des centres de santé médicaux et polyvalents peut se décomposer en plusieurs phases successives. Il convient de souligner que les solutions exposées ci-dessous constituent des solutions immédiates et temporaires qui seront relayées par d'autres solutions pérennes qui seront exposées ultérieurement. Il est donc demandé aux caisses d'appliquer pour l'instant le dispositif exposé ci-dessous.

① Enregistrement du centre de santé optant :

Utilisation d'un tableau Excel reprenant les données suivantes : nom du centre, N° d'identification, catégorie du centre, nombre de patients optants (date d'entrée et de sortie), motif de sortie, nombre de forfaits payés, total annuel payé par le centre.

② Enregistrement des assurés optant :

Le centre envoie mensuellement à la caisse de son lieu d'implantation les documents représentatifs des adhésions des assurés ayant intégré l'option dans le cadre du centre.

Inscription de l'adhésion de l'assuré

Utilisation de la BDO / Rubrique OPT :

- . Mentionner « Option CSP » (centres polyvalents) avec date d'entrée dans l'option.
- . Mentionner la date de liquidation du forfait
- . Motif de l'adhésion : « CSP » pour l'adhésion explicite ; « CPT » pour l'adhésion tacite

Dans la rubrique OPT devront figurer les informations suivantes :

NIR, Nom, Prénom, N° du centre, date de début et de fin de contrat, Motif de fin de contrat, Nature du contrat (adhésion explicite ou implicite). Le courrier du centre concernant ces assurés devra mentionner : nom, prénom, NIR, la date d'adhésion.

Contrôle par rapport au dispositif du médecin référent / Consultation de la BDO

Vérifier l'existence d'une éventuelle adhésion au dispositif du médecin référent, ou d'une adhésion dans un autre centre de santé polyvalent.

Il conviendra de prévoir au niveau de la caisse une lettre type de réponse au centre en cas de problème (assuré déjà adhérent au médecin référent, assuré ne figurant plus dans la BDO, etc.). Le courrier devra faire l'objet d'un archivage spécifique afin de répondre à d'éventuelles réclamations du centre.

Concernant l'adhésion tacite, le courrier officiel transmis par le centre et recensant ces assurés devra comporter les informations suivantes :

- Nom
- Prénom
- NIR
- Date d'intégration dans le dispositif

Remarque : une instruction concernant le dispositif du médecin référent sera diffusée :

Avant toute adhésion d'un assuré auprès d'un médecin référent, il conviendra de vérifier l'existence d'une éventuelle option « centre de santé polyvalent »

D Calcul et paiement des forfaits

Conformément aux dispositions de l'article 3.5.1. de l'Accord National, le niveau de rémunération de l'option est fixé à 46€ par patient optant, le versement se faisant en deux fois : une première fois au moment de l'adhésion du patient (23€), une seconde fois à l'issue d'une durée d'un an après l'adhésion de celui-ci (23€).

Le paiement s'effectue par PPN en utilisant les codes prévus à cet effet :

Adhésion explicite :

- code-acte « CMD » pour la 1^{ère} moitié du forfait
- code-acte « CMF » pour la 2^{ème} moitié du forfait
- code-acte « CMT » pour le versement unique au titre de l'adhésion tacite

Ces codes-actes seront ventilés automatiquement par QUALIFLUX dans les comptes suivants :

- ✎ si le centre relève du secteur privé.
compte « 6561111173 : Forfaits option centres de santé » (gestion Maladie)
- ✎ si le centre relève du secteur public.
compte « 656111116 : Honoraires du secteur public » (gestion Maladie)

Afin de faciliter la gestion de cette option, le paiement des forfaits se fera de manière mensuelle.

Remarque : à terme des évolutions sont prévues au niveau de la BDO, du fichier établissement, afin de prendre en compte ces opérations de façon pérenne. Par ailleurs, les dispositifs informatiques concernant le Médecin Référent évolueront de façon à prendre en compte l'existence d'une option au niveau des centres de santé. Des instructions seront transmises en ce sens par la Maîtrise d'Ouvrage Production au cours des prochaines semaines.

A ce niveau, il n'existe pas de possibilité de contrôle PPN.

Concernant les mesures à prendre dans le cadre du contrôle interne, des instructions vous seront données ultérieurement.

2.2.3 La coordination des soins dentaires

A Modalités d'adhésion

Les centres adhèrent par simple courrier à l'attention de la caisse :

- Lettre du responsable du centre comportant :
 - Une brève présentation de l'activité du centre (spécialités couvertes, présence de chirurgiens-dentistes, d'auxiliaires médicaux etc.).
 - Un engagement officiel à remplir l'ensemble des obligations posées par l'option.
- les imprimés spécifiques annexés à l'accord national.

B Obligations du centre

. *Effectives d'emblée :*

- Mise en place d'un dossier dentaire conforme aux recommandations de l'ANAES
- Engagement à respecter l'ensemble des obligations prévues par l'option, en particulier :
 - . Mise en place d'un dispositif de relances nécessaire au suivi du patient.
 - . Organisation de bilans périodiques.

. *Effectives ultérieurement*

- La mise en place d'un carnet personnel d'information et de liaison nécessitera la définition de ce document au niveau des instances nationales. Il est demandé aux acteurs locaux de bien vouloir attendre la décision des instances nationales à ce sujet (celle-ci devant intervenir au cours des prochaines semaines).

Mode opératoire

Le centre envoie une première fois, au moment de l'adhésion à l'option, une correspondance à la caisse avec la liste des patients adhérents (avec l'ensemble des données administratives intéressant celui-ci : nom, prénom, n° d'assuré, adresse etc.). La caisse vérifie la situation des patients au regard de l'ouverture des droits. Par la suite le centre envoie une fois par mois la liste des éventuels nouveaux adhérents à la caisse qui procède de la même façon.

Remarque : à terme, cette liste sera remplacée par le bulletin d'adhésion qui figurera dans le carnet personnel d'information et de liaison (à définir par les parties signataires au cours des prochains mois).

① Enregistrement du centre de santé optant

Utilisation d'un tableau Excel reprenant les données suivantes : nom du centre, N° d'identification, catégorie du centre, nb de patients optants (date d'entrée et de sortie), motif de sortie, Nb de forfaits payés, total annuel payé par le centre.

② Enregistrement des assurés optant

Inscription de l'adhésion de l'assuré

Utilisation de la BDO / Rubrique OPT :

- . Mentionner « Option CSD » (centres de santé dentaires) avec date d'entrée dans l'option.
- . Mentionner la date de liquidation du forfait
- . Motif de l'adhésion : « CSD ».

Dans la rubrique OPT devront figurer les informations suivantes :

NIR, Nom, Prénom, N° du centre, date de début et de fin de contrat, Motif de fin de contrat, Nature du contrat (adhésion explicite ou implicite). Le courrier du centre concernant ces assurés devra mentionner : nom, prénom, NIR, la date d'adhésion.

Contrôle par rapport au dispositif d'option des centres de santé / Consultation de la BDO

Vérifier l'existence d'une éventuelle adhésion dans un autre centre de santé dentaire.

Il conviendra de prévoir au niveau de la caisse une lettre-type de réponse au centre en cas de problème (assuré déjà adhérent dans un autre centre dentaire, assuré ne figurant plus dans la BDO, etc.). Le courrier devra faire l'objet d'un archivage spécifique afin de répondre à d'éventuelles réclamations du centre.

B Calcul et paiement des forfaits

Conformément aux dispositions de l'Accord National, deux forfaits ont été définis :

- Un premier forfait initial : 50€ représentatif du bilan dentaire initial versé en deux fois :
 - Une première moitié au moment de l'adhésion du patient.
 - Une seconde moitié à l'issue d'une période d'un an.
- Un second forfait de suivi : 30 € représentatif du suivi effectué au profit du patient.

Le paiement s'effectue par PPN en utilisant les codes prévus à cet effet :

Forfait initial : « CDI »
 Forfait final : « CDF »
 Forfait de suivi : « CDS »

Ces codes actes alimenteront automatiquement (par QUALIFLUX) les comptes suivants :

- ❧ Si le centre relève du secteur privé.
 compte « 656111173 : Forfaits option centres de santé » (gestion Maladie)
- ❧ Si le centre relève du secteur public.
 compte « 656111116 : Honoraires du secteur public » (gestion Maladie)

Remarque : Afin de faciliter la gestion de cette option, le paiement des forfaits se fera de manière mensuelle. A terme des évolutions sont prévues au niveau de la BDO, du FNE, afin de prendre en compte ces opérations de façon pérenne.

3. DISPOSITIFS D'AIDE A L'INFORMATISATION

3.1 Télétransmission

L'aide à la télétransmission ne sera concrètement versée aux centres **qu'à partir de Janvier 2004 et avant le 1^{er} Mars 2004**. Néanmoins, la présente circulaire expose brièvement le dispositif :

L'aide à la télétransmission sera versée de manière pérenne aux centres de santé concernés, pendant toute la durée de la convention. Elle vise exclusivement à compenser les frais occasionnés par la télétransmission des feuilles de soins électroniques. Afin de tenir compte des différents effets de structures et de la complexité inhérente au fonctionnement des grands centres de santé, deux forfaits ont été définis :

- Un « forfait structure » : il prend en compte la taille du centre (système de tranche), ce dernier recevant un nombre de forfait différent en fonction de la tranche à laquelle il appartient.
- Un « forfait PS » : le nombre de forfaits versés est strictement proportionnel au nombre de professionnels de santé employés en équivalent temps plein.

Le versement de ces forfaits est conditionné par la réalisation d'une certaine proportion de FSE par le centre de santé, (comme cela a été fait pour les différentes professions de santé) : voir le tableau présenté à l'article 7.11. Les caisses recevront toutes les instructions requises pour le versement de ces forfaits au titre de l'année 2003.

3.2 Aide à l'équipement

Afin de permettre une montée en charge plus rapide de SESAM-Vitale dans les centres de santé, la loi d'habilitation a permis aux caisses d'Assurance Maladie de prendre en charge une partie du coût occasionné par l'équipement (ou le rééquipement) informatique des centres de santé. Cette aide constitue un simple soutien financier et pas un remboursement de l'intégralité des frais occasionnés. Le versement de cette aide revêtira un caractère d'urgence pour la plupart des centres effectuant cet investissement car ils sont dans une situation financière souvent délicate.

Le montant de cette aide est de 1067 € par professionnel équivalent temps plein. Le versement de l'aide à l'équipement informatique est conditionné par la présentation du duplicata de la facture prouvant l'achat de matériel et/ou de logiciels informatiques.

Le mode opératoire est le suivant :

- . Réception de la facture
- . Prise en compte de l'effectif ETP du centre (tableau d'effectif certifié par le gestionnaire en précisant l'effectif total et l'effectif ETP au 31 décembre de l'année N-1).
- . Calcul des forfaits PS
- . Calcul des forfaits structure

Le paiement et la ventilation de l'aide à l'équipement seront effectués manuellement par les Agences Comptables via COPENIC. Le montant devra être imputé au nouveau compte 656212232-« Subvention pour l'équipement des professionnels de santé » en gestion SM.

Pièces justificatives : le centre doit adresser à la caisse une demande spécifique concernant l'aide à l'équipement : le directeur du centre et le responsable comptable du centre doivent attester officiellement qu'ils ont effectué l'achat concerné. Ils joindront à leur lettre une copie de la facture ou du contrat de centre certifiée conforme par leurs soins.

Suivi par tableau EXCEL recensant les informations suivantes : CPAM, nom du centre , catégorie de centre, nb de PS ETP, somme payée, au titre du forfait PS et du forfait structure.

4. ACTIONS DE PREVENTION SPECIFIQUES A L'ACCORD NATIONAL

La participation des centres aux actions de santé publique est l'un des enjeux de l'Accord National.

Deux possibilités s'offrent à eux :

- Mettre en place une action éligible au FNPEIS : les centres de santé peuvent prétendre à ce type de financement, au même titre que d'autres acteurs. Cette possibilité est rappelée dans la convention. Ce type d'actions suit la réglementation relative au FNPEIS sans adaptation particulière aux centres de santé.
- Mettre en place des actions d'initiative locale, spécifiques aux centres de santé. Ces actions sont visées par l'Accord National.

Ces actions sont d'initiative locale mais elles ne seront financées qu'après approbation de celles-ci par les instances paritaires nationales. Elles ne pourront être recevables qu'à deux conditions :

Elles devront concerner l'un des thèmes d'action énumérés dans l'Accord National :

- Santé et travail
- Nutrition
- Asthme

- le dossier constitué pour cette action devra comporter un certain nombre d'éléments énumérés à l'article 6.3 de l'Accord National.

Pendant les deux premières années d'application de l'Accord National (2003-2004), l'examen des projets sera confié exclusivement aux instances paritaires nationales. Celles-ci se prononceront sur la possibilité ou non de financer les dossiers qui lui seront soumis. Par ailleurs, les instances nationales apporteront aux acteurs locaux une aide méthodologique pour la constitution de ces dossiers.

La mise en place des instances nationales étant en cours, le financement d'éventuelles actions de ce type ne pourra intervenir, au plus tôt, qu'au début du quatrième trimestre 2003. Des instructions plus précises seront donc données en ce sens dans le courant du second trimestre 2003.

Néanmoins, il est demandé aux caisses de se rapprocher dès maintenant des responsables des centres de santé afin de savoir s'ils envisagent de proposer au cours de l'année 2003 des actions de santé publique concernant les thèmes retenus par l'Accord National :

- Santé et travail
- Nutrition
- Asthme

Il est demandé aux caisses de retourner le tableau dûment complété à la CNAMTS pour le 5 septembre 2003.

5. AUTRES QUESTIONS

5.1 Organisation de la formation

L'Accord National définit un certain nombre de dispositions concernant la participation des professionnels des centres à des actions de formation. Les caisses devront le moment venu régler au profit des intéressés un certain nombre de forfaits au titre de l'indemnisation (comme cela se pratique déjà pour les professionnels libéraux). Les dispositions budgétaires ont été prises au niveau national pour financer ces dépenses.

La mise en place d'actions de formation nécessite :

- de confier la gestion ces actions à un organisme gestionnaire.
- de sélectionner au niveau des instances paritaires nationales un certain nombre de thèmes de formation que les parties souhaitent promouvoir.

Le choix des thèmes de formation n'étant pas encore effectif, il n'y a pas lieu pour l'instant d'en dire plus sur l'application de ces dispositions. Une fois le choix des thèmes effectué par les parties signataires, les caisses recevront toutes les instructions utiles à ce sujet (septembre 2003).

5.2 Instances conventionnelles

Le chapitre X de l'Accord National prévoit la mise en place d'instances paritaires, tant au niveau national que local (chef-lieu de région administrative).

Au niveau local, il a été décidé de mettre en place des instances au niveau régional (caisse du chef lieu de région administrative) pour plusieurs raisons :

- Certains départements ne comptent qu'un nombre très limité de centres de santé, la répartition des centres étant extrêmement inégale sur le territoire.
- La mise en place d'une vie conventionnelle doit permettre la représentation concrète et effective des centres infirmiers d'une part et des autres centres de santé d'autre part (les centres infirmiers représentant à eux seuls la moitié des centres de santé français).

Remarque : le mode de désignation des représentants des sections professionnelles est de la responsabilité exclusive des organismes signataires nationaux de l'Accord National. Aucune initiative ne doit être prise à ce sujet au niveau local (ni par les caisses ni par les instances paritaires existantes). Les organismes signataires nationaux transmettront à la CNAMTS les noms des représentants régionaux au début du mois de septembre 2003. La CNAMTS transmettra à son tour ces mêmes noms au réseau des caisses.

Il est demandé aux caisses d'attendre les instructions de la CNAMTS (MPS) qui seront transmises à ce sujet au mois de septembre 2003 et de ne mettre en place les instances paritaires régionales qu'après avoir reçu ces instructions.

Il est cependant demandé aux caisses de suivre à leur niveau les questions suivantes :

- . Montée en charge de l'informatisation des centres en se basant sur les versements effectués au titre de l'aide à l'équipement.
- . Eventuels problèmes techniques rencontrés dans le cadre de SESAM-Vitale,
- . Actions de santé publique d'initiative locale : centraliser les initiatives recensées au niveau des différentes caisses de la région.

Ces questions seront en effet suivies au cours des prochains mois par les instances paritaires nationales.

Concernant la région Ile-de-France il a été prévu de conserver des instances paritaires départementales, eu égard au nombre de centres de santé présents dans cette région (environ un tiers des 1400 centres de santé français). Les règles applicables à ces instances paritaires sont les mêmes que celles prévues pour les instances départementales.

5.3 Règles d'adhésion

L'arrêté d'approbation étant paru le 18 avril 2003, il est demandé aux caisses de faire parvenir à chaque centre de santé un exemplaire du présent Accord National dans un délai d'un mois, soit avant le 28 mai 2003.

Le centre dispose au total d'un délai de trois mois à compter de la date de parution du texte au Journal Officiel pour adhérer à l'Accord National.

Le texte du présent accord est applicable au centre dans un délai de trois mois à compter de la parution de l'arrêté d'approbation, soit le 18 avril 2003.

Dans le courrier de réponse, le centre peut s'il le souhaite, formuler :

- 1) Sa demande d'adhésion aux dispositifs d'option le concernant, à l'aide des imprimés prévus à cet effet et mentionnés en annexe à l'accord national.
- 2) Sa demande d'aide à l'équipement informatique.

Le texte du présent accord étant applicable au centre dans un délai de trois mois à compter de son approbation officielle, l'aide à l'équipement informatique ne pourra être versée qu'à partir de la date d'application du texte de l'accord national soit le 18 juillet 2003.