



Document consultable dans Médi@m

Date :

30/04/2004

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☒
Suivi	☐

Objet :

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

Liens :

Cir-76/2003

Cir-144/2003

LR-MPS-47/2003

Plan de classement :

2 22

Emetteurs :

MPS

Pièces jointes : 3

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 œuvre immédiate

Résumé :

Précisions complémentaires pour l'application de l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance-maladie concernant :

- la coordination des soins dentaires,
- la coordination des soins médicaux et le dispositif de permanence des soins,
- les centres congréganistes,
- l'informatisation des centres de santé.

Mots clés :

centres de santé ; accord national ; SESAM-Vitale

**Pour le Directeur
Délégué aux Risques**

Sylvie LEPEU



l'Assurance Maladie

des salariés-sécurité sociale

caisse nationale

CIRCULAIRE : 54/2004

Date : 30/04/2004

Objet : Mise en œuvre de l'accord national des centres de santé

Affaire suivie par :	Magali SIERRA	Mission Professionnels de Santé ☎ 01 42 79 35 51
	Marie-France GERVAIS	Mission SESAM-Vitale ☎ 01 58 39 85 10
	Martine JOUIN	Direction Finances et Comptabilité ☎ 01 42 79 36 91
	Régine CASTEL	Division Action Sanitaire et Sociale ☎ 01 42 79 36 81

La présente circulaire vient compléter les circulaires n° 76/2003 du 5 juin 2003 et n°144/2003 du 20 novembre 2003 concernant les modalités de mise en œuvre de certaines dispositions de l'accord national des centres de santé.

1. La coordination des soins dentaires

Dans certaines circonscriptions, des difficultés ont pu apparaître concernant l'adhésion des centres de santé à l'option dentaire. Les dispositions ci-dessous modifient et complètent le point 2.2.3."Coordination des soins dentaires" de la circulaire n° 73/2003 du 5 juin 2003.

A. Modalités d'adhésion du centre de santé à l'option dentaire

Le centre formalise son adhésion auprès de la caisse de son lieu d'implantation par l'envoi des deux documents suivants :

- une présentation succincte de l'activité du centre (spécialités couvertes, nombre de chirurgiens dentistes, de stomatologistes, d'assistants dentaires, etc.),
- l'imprimé "Acte initial d'adhésion du centre de santé" dûment complété, et par lequel le centre s'engage à respecter les obligations posées par l'option, telles que décrites

au chapitre V du Titre III de l'accord national. Ce document, annexé à l'accord national, reste inchangé (Cf. annexe).

B. Modalités d'adhésion de l'assuré

L'engagement individuel de l'assuré dans l'option dentaire doit être formalisé au moyen d'un feuillet d'adhésion (article 5.2.2 de l'accord national). La circulaire n° 73/2003 du 5 juin 2003 a prévu, à titre transitoire, que ces engagements devaient être formalisés par l'envoi d'une liste récapitulative des patients adhérents.

Les partenaires de l'accord national se sont accordés récemment sur un modèle de document individuel d'adhésion de l'assuré ainsi que sur les modalités transitoires de gestion de ces adhésions :

- Pour les assurés qui ont d'ores et déjà intégré ou intégreront le dispositif jusqu'au 1^{er} juin 2004, le centre de santé doit transmettre aux caisses dont relèvent respectivement les assurés adhérents ou leurs ayants-droit adhérents, une liste récapitulative desdits assurés. Cette liste comporte en outre l'ensemble des données administratives intéressant ces assurés (nom, prénom, n° d'assuré social, bénéficiaire des soins, adresse, etc.) et requiert uniquement la signature du gestionnaire du centre.
- A compter du 2 juin 2004, l'adhésion de l'assuré ou de son ayant-droit devra être formalisée de façon individuelle; à savoir, la liste récapitulative sera remplacée par un acte d'adhésion individuel signé conjointement par l'organisme gestionnaire et par l'assuré ou son ayant-droit.

Dans ce cadre, l'article 3.6 de l'accord prévoit que la CPAM met à disposition des centres de santé optants les actes d'adhésion des assurés. Ces formulaires comportent quatre volets, l'un est conservé par le centre, deux sont adressés respectivement à la caisse d'affiliation de l'assuré et à son régime complémentaire éventuel, le dernier étant conservé par l'adhérent.

Il est demandé aux caisses de bien vouloir assurer la reproduction de ce document intitulé "Acte d'adhésion de l'assuré à l'option" (Cf. annexe), pour envoi aux centres de santé avant le 1^{er} juin 2004.

A terme, ce document sera intégré dans le carnet personnel d'information et de liaison de l'assuré, en cours d'élaboration par le comité technique paritaire dentaire.

Les modalités d'enregistrement des centres et des assurés ainsi que celles relatives au paiement des forfaits décrites dans la circulaire n°73/2003 du 5 juin 2003, sont maintenues.

C- Modalités de paiement des forfaits

Conformément aux dispositions de l'accord national, deux forfaits ont été définis :

- 1- un forfait initial de 50 €, au titre de la première année d'adhésion, versé en deux fois :
 - une première moitié au moment de l'adhésion du patient :
 - . pour les patients ayant adhéré à l'option jusqu'au 1^{er} juin 2004, le versement de cette première moitié du forfait initial est conditionné par la production par le centre de santé de la liste récapitulative desdits assurés ou ayants-droit, dûment signée par l'organisme gestionnaire;
 - . pour les patients qui adhéreront à partir du 2 juin 2004, le versement est conditionné par la production de l'"Acte d'adhésion de l'assuré à l'option", dûment signé par le gestionnaire du centre et par l'assuré ou son ayant-droit.
 - une seconde moitié, à l'issue d'une période d'un an, sur production par le centre de santé de l'"Attestation du respect des engagements prévus dans l'option", dûment complétée et signée par le gestionnaire du centre (Cf. annexe). Cette attestation est adressée aux caisses dont relèvent respectivement les adhérents (assurés ou ayants-droit) et doit être accompagnée d'une liste récapitulative des assurés comportant les informations suivantes : nom et prénom de l'assuré, nom et prénom du bénéficiaire, NIR, date d'entrée dans l'option, code du forfait demandé, etc..
- 2- un forfait de suivi de 30 €, représentatif du suivi effectué chacune des années suivantes au profit du patient. Le versement de ce forfait intervient un an après la date de chaque renouvellement de l'adhésion de l'assuré.
 Concrètement, à l'issue de la première année, l'assuré renouvelle expressément son adhésion à l'option auprès de sa caisse d'affiliation. Un an après la date du renouvellement, le centre adresse à la caisse de l'assuré l'"Attestation du respect des engagements prévus dans l'option", dûment complétée et signée par le gestionnaire du centre (Cf. annexe). De même que pour la seconde partie du forfait initial, cette attestation doit être accompagnée d'une liste récapitulative des assurés comportant les informations suivantes : nom et prénom de l'assuré, nom et prénom du bénéficiaire, NIR, date d'entrée dans l'option, code du forfait demandé, etc..

En résumé, l'acte initial d'adhésion de l'assuré et l'attestation du respect des engagements prévus dans l'option constituent les justificatifs nécessaires et suffisants au versement des différents forfaits liés à l'option dentaire.

D- Des outils de la coordination des soins dentaires:

Dans le cadre de l'option dentaire, les caisses sont informées de ce que le comité technique paritaire dentaire a finalisé le dossier dentaire et le plan de prévention personnalisé. Ces documents, récemment validés par la commission paritaire nationale des centres de santé, feront l'objet d'un avenant à l'accord national. L'opposabilité de ces documents aux centres de santé optants sera effective après publication dudit avenant au Journal Officiel. Ce texte est actuellement en cours de validation par les membres de la

commission paritaire nationale. Une information complémentaire sera communiquée aux caisses dès sa publication.

Le carnet personnel d'information et de liaison est en cours d'élaboration par le comité technique paritaire dentaire. Il sera soumis à la même procédure de validation que le dossier dentaire et le plan de prévention personnalisé.

2. La coordination des soins médicaux et le dispositif de permanence des soins

Le chapitre III du Titre II de l'accord national prévoit que dans le cadre de la participation des centres médicaux optants à la permanence et à la continuité des soins, lesdits centres de santé devront intégrer les dispositifs de garde et d'astreinte en fonction de l'évolution des textes.

Ces textes étant actuellement en cours d'élaboration, cette disposition de l'accord national ne doit pas être un frein à l'entrée d'un centre de santé dans le dispositif de coordination des soins médicaux.

3. Situation des centres tenus par des congrégations

Deux précisions doivent être apportées concernant les personnels des centres congréganistes qui ne bénéficient pas du statut juridique de salarié. Il convient de prendre en compte ces personnels pour le calcul des différents forfaits relatifs à l'informatisation des centres. Dans ce cadre en effet, il s'agit de prendre en compte la situation de travail des personnes, quel que soit leur statut. En revanche, il n'y a pas lieu de prendre en compte ces personnels pour le calcul de la subvention de 11,5 % versée par les caisses aux centres de santé.

4. Questions tenant à l'informatisation des centres de santé

En complément d'information aux circulaires n°76/2003 du 5 juin 2003 et n°144/2003 du 20 novembre 2003, il convient d'apporter quelques précisions concernant les conditions de paiement des aides à l'informatisation des centres.

- L'aide à l'équipement informatique, définie au chapitre VIII de l'accord national, exige pour son versement la présentation d'une facture concernant l'achat du matériel et/ou des logiciels.

Concernant l'équipement, il s'agit des logiciels et matériels nécessaires à la télétransmission des feuilles de soins électroniques définis au chapitre VII, articles 7.1 à 7.2 de l'accord. Les centres ont le libre choix de leur équipement informatique dans la limite des équipements informatiques agréés par le Centre National de Dépôt et d'Agrément de l'Assurance maladie (CNDA) ou homologués par le GIE SESAM-Vitale.

Les centres de santé doivent se doter :

- soit d'un logiciel agréé par le CNDA et d'un lecteur de carte à micro processeur homologué par le GIE SESAM-Vitale,
- soit d'un dispositif intégré équivalent homologué conformément aux référentiels publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Un centre de santé qui est déjà équipé de matériels informatiques et de logiciels peut choisir l'option de mise à jour plutôt que de renouvellement de son équipement, il convient dans ce cas d'accorder l'aide à l'équipement afin de favoriser la montée en charge des centres de santé dès lors que le centre est en mesure de fournir les preuves d'achat de cette mise à jour.

Concernant la facture, elle doit correspondre à un achat à proprement parler. Les contrats de location - achat, c'est à dire lorsqu'une location aboutit à un achat obligatoire, peuvent bénéficier de l'aide à l'équipement. Autrement dit, les factures répondant à de la location de matériels ou à des prestations intellectuelles de type conseil, ingénierie, info-gérance, etc. n'ouvrent pas droit au versement de cette aide.

De plus, ne donnent droit au versement de l'aide à l'équipement que les factures établies à compter du 1^{er} janvier 2003 inclus (article 8.3 de l'accord national).

Enfin, lorsque le montant de la facture est inférieur au montant de l'aide à l'équipement (1067 euros par professionnel de santé équivalent temps plein), l'intégralité de l'aide doit être versée au centre concerné.

Le suivi prévu au §3 de l'article 8.3 de l'accord (*"...vérification de l'atteinte des objectifs de télétransmission, à l'issue des neuf premiers mois d'utilisation du système*) et les procédures éventuelles de récupération d'indu feront l'objet d'une circulaire spécifique.

Concernant le financement de l'aide à l'équipement informatique, les caisses doivent solliciter la Division de l'Action Sanitaire et Sociale de la CNAMTS pour obtenir les crédits nécessaires aux versements des subventions aux centres de santé qui en ont fait la demande.

Cette dotation s'imputera au compte 75811388 "Dotations ASS - Divers".

- Les deux dispositifs d'aide à l'informatisation, c'est à dire d'une part, les aides propres à la montée en charge de la télétransmission (chapitre VII) et d'autre part, les aides à l'équipement (chapitre VIII), sont indépendantes l'une de l'autre.