

CIRCULAIRE

CIR-12/2015

Document consultable dans Médi@m

Date :

15/10/2015

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Centres de santé - présentation
du nouvel accord national

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 5

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CARSAT

☐ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☐ Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

Le nouvel accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie a été signé par Adessadomicile, la Croix-Rouge française, la FMF, la FNMF, la FNCS, la FNISASIC, l'UNADMR, l'UNA, la C3SI, la CANSSM et l'UNCAM, le 8 juillet 2015.

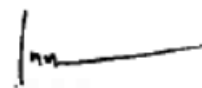
L'accord a été approuvé par avis publié au journal officiel du 30 septembre 2015.

Il entre en vigueur le 1er octobre 2015, sous réserve de l'application, s'agissant des mesures tarifaires, du délai de 6 mois prévu par l'article L. 162-14-1-1CSS.

Mots clés :

Accord national ; Centres de santé ; Soins de proximité

Le Directeur Général



Nicolas Revel

CIRCULAIRE : 12/2015

Date : 15/10/2015

Objet : Centres de santé - présentation du nouvel accord national

Affaire suivie par :

DDGOS/DOS/DPROF - Département des Professionnels de Santé

Le nouvel accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie a été signé par Adessadomicile, la Croix-Rouge française, la FMF, la FNMF, la FNCS, la FNISASIC, l'UNADMR, l'UNA, la C3SI, la CANSSM et l'UNCAM, le 8 juillet 2015.

L'accord a été approuvé par avis publié au journal officiel du 30 septembre 2015.

Il entre en vigueur le 1^{er} octobre 2015, sous réserve de l'application, s'agissant des mesures tarifaires, du délai de 6 mois prévu par l'article L. 162-14-1-1CSS.

Le texte de l'accord est disponible sur « ameli.fr – rubrique gestionnaires de centres de santé – votre convention ».

La présente circulaire a pour objet de présenter les dispositions de ce nouvel accord, les mesures transitoires qu'il contient et les mesures immédiates à prendre par les caisses, compte tenu de l'entrée en vigueur de ce nouveau texte conventionnel.

Présentation de l'accord

Les centres de santé, par la spécificité de leur exercice regroupé, contribuent à améliorer l'accès aux soins, à développer le travail en équipe et à favoriser les échanges d'information.

C'est à ce titre que certains centres de santé ont participé aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération dites « ENMR » et que leurs représentants nationaux ont participé aux négociations de l'ACI (Accord Conventionnel Interprofessionnel).

Ces négociations n'ayant pas abouti en 2014, un règlement arbitral a été publié fin février 2015¹.

¹ Arrêté d'approbation du règlement arbitral du 23 février 2015 paru au JO du 27 février 2015.

Le règlement arbitral rémunérant l'exercice en structures multi-professionnelles, y compris celui des centres de santé, il était nécessaire d'en intégrer les dispositions dans le nouvel accord national pour que les centres de santé bénéficient d'un texte de référence conventionnel unique. On retrouve donc dans l'accord des centres de santé les engagements relatifs aux trois axes du règlement arbitral à savoir, l'accès aux soins, l'organisation du travail en équipe ainsi que le développement des systèmes d'information.

Toutefois, les partenaires conventionnels ont souhaité que ces engagements concernent tous les types de centres, polyvalents mais également infirmiers et dentaires, en tant que structures de soins de proximité.

L'accord comprend par conséquent trois mesures principales qui visent à :

- créer un dispositif de rémunération forfaitaire pour favoriser la mise en œuvre de nouveaux services aux patients grâce aux potentialités de l'exercice regroupé : accessibilité plus large, coordination professionnelle... ; dans ce but, les dispositions du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles ont été transposées aux centres de santé médicaux ou polyvalents et adaptées aux centres de santé infirmiers et dentaires, selon les mêmes axes d'engagements; en outre, des engagements complémentaires plus spécifiques aux centres de santé s'ajoutent à ceux issus du règlement arbitral ;
- offrir aux centres de santé les mêmes dispositifs de rémunération que les professionnels de santé libéraux. Il s'agit des rémunérations forfaitaires et majorations ouvertes au médecin traitant dans le cadre du parcours de soins coordonné (RMT - rémunération médecin traitant, RST – rémunération suivi patients en post-ALD, FMT – forfait médecin traitant), de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP médecin traitant – qualité de la pratique médicale) et de la majoration pour personnes âgées de plus de 80 ans (MPA), ainsi que des contrats incitatifs destinés à favoriser l'installation et le maintien des centres de santé médicaux ou polyvalents, infirmiers et dentaires en zone déficitaire ;
- créer une option conventionnelle dentaire, dénommée Contrat d'Accès aux Soins Dentaires (CASD), innovante, ayant pour objet de maîtriser les dépassements d'honoraires réalisés sur les actes de prothèses dentaires et d'orthopédie dento-faciale, en contrepartie d'une rémunération supplémentaire fondée sur un pourcentage d'honoraires relatifs aux actes de soins conservateurs et chirurgicaux.

Sommaire

I - Conforter la place des centres de santé dans les soins de proximité (titre 1 de l'accord national)	6
A. Dispositions générales (sous-titre 1 - articles 1 à 3)	6
B. Améliorer l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins (sous – titre 2)	6
1- Un nouveau dispositif de rémunération (articles 4 à 7)	6
2- Regroupement des engagements selon un bloc commun principal et un bloc commun complémentaire (articles 8 et 9)	7
3- Principes et modalités de calcul et de versement de la rémunération (articles 10 – 12 à 18)	7
4- Règle d'indivisibilité du dispositif de rémunération et de non cumul (article 11)	8
5- Suppression des options de coordination de l'ancien accord	8
C. Améliorer l'accès aux soins de proximité (sous-titre 3)	8
1- Création d'options démographiques (article 19)	8
2- Permanence des soins ambulatoires (article 20.1)	9
3- Permanence des soins dentaires (article 20.2)	9
4- Création d'un contrat d'accès aux soins dentaires (article 21.1)	10
D. Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient (sous-titre 4)	10
1- Les actions de prévention (articles 22.1 à 22.2)	10
2- Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné (article 23)	11
3- Rémunérations du centre de santé considéré comme médecin traitant (article 23.3)...	11
4- Rémunération sur objectifs de santé publique « ROSP » (article 24 de l'accord national)	12
5- Rémunération pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées « MPA » (article 25)	12
6- Maîtrise médicalisée des dépenses (article 26)	12
II : Modalités d'exercice conventionnel (titre 2)	13
A. Accès aux soins, libre choix et portail internet « ameli.fr » (articles 27.1 à 27.3 de l'accord national)	13
1- Application des nomenclatures et des tarifs (articles 28)	13
2- Opposabilité des tarifs (article 28.3)	13
3- Information des assurés	13
4- Affichage des tarifs	14
5- Transposition des rémunérations applicables aux professions libérales (article 28.5)	14
6- Rapport d'activité (article 29 de l'accord national)	14

III : Gestion des échanges avec l'assurance maladie (titre 3)	14
A. Les échanges électroniques (sous-titre 1 - articles 30 à 38)	14
B. Les outils d'aide à la gestion du tiers-payant (sous-titre 2 - articles 39 à 41)	15
C. Les téléservices (sous-titre 3 - articles 42 et 43)	15
D. les actions d'accompagnement (sous-titre 4)	15
IV : Vie conventionnelle (titre 4)	15
A. Durée, dénonciation et résiliation de l'accord national (sous-titre 1)	15
1- Durée de l'accord et caducité de l'ancien accord national (article 47).....	15
2- Dénonciation et résiliation (articles 48 et 49)	16
B. Modalités de notification et d'adhésion (sous-titre 2)	16
1- Notification (article 50).....	16
2- Adhésion expresse à l'accord (article 51)	16
3- Remplissage du formulaire d'adhésion (cf annexe 27 de l'accord national).....	17
4- Engagement conventionnel (article 52)	19
5- Modalités de rupture d'adhésion (article 53)	20
6- Cas particulier des centres non adhérents à l'accord	20
7- Information des autres régimes	20
C. Les instances conventionnelles (sous-titre 3)	20
1- Création du CTPPN et suppression des anciens comités	20
2- Composition des instances	20
3- Indemnisation.....	21
D. Le non-respect des engagements conventionnels (sous-titre 4)	21
1- Examen des manquements (article 58)	21
2- Procédure (article 59).....	21
3- Procédure exceptionnelle de déconventionnement (article 61)	22
4- Procédures en cours d'instruction ou d'application (article 62)	23
V - Dispositions financières transitoires prévues par le nouvel accord (article 18.2)	23
A. Dispositif d'avance spécifique pour la première année d'application du nouvel accord national pour la rémunération forfaitaire spécifique commune à tous les centres de santé (article 18.1)	23
B. Paiement des anciennes options de coordination et des aides pérennes (article 18.2.1)	23
C. Mécanisme transitoire d'accompagnement financier (articles 18.2.2 et 18.2.3)	23

Mesures immédiates	24
I- Enregistrement de l'adhésion.....	24
II- Cas particulier des centres de santé ayant adhéré au contrat défini par le règlement arbitral (article 18.2.3 de l'accord national)).....	25
III- Suivi des adhésions au nouvel accord et au contrat d'accès aux soins dentaires (CASD).....	25
IV- Actions d'accompagnement des centres de santé	25
Calendrier de mise en œuvre de l'accord national	25
Annexes	26

I - Conforter la place des centres de santé dans les soins de proximité (titre 1 de l'accord national)

A. Dispositions générales (sous-titre 1 - articles 1 à 3)

Le nouvel accord national s'applique aux centres de santé installés sur le territoire français et identifiés par les ARS (cf. infra : IV – B – 3 : identification du centre sur le formulaire d'adhésion).

Il s'applique également à tous les régimes d'assurance maladie obligatoire y compris les sections locales mutualistes et les régimes spéciaux.

Les centres de santé sont gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé, soit par des organismes d'assurance maladie.

Ces personnes morales considérées comme les gestionnaires des centres de santé désignent leur représentant légal, chargé d'adhérer à l'accord et d'en respecter toutes les dispositions pour le compte du gestionnaire du centre.

Pour la bonne application de certaines des rémunérations prévues par le nouvel accord, il a été nécessaire de désigner de façon particulière les différents types de centres de santé selon leur spécialité ; l'accord distingue comme :

- **centre de santé médical**, le centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive (médecins généralistes et spécialistes),
- **centre de santé polyvalent** :
 - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale,
- **centre de santé dentaire**, le centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé,
- **centre de santé infirmier**, le centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

Il revient au centre de santé de spécifier à sa caisse de rattachement sa spécialité (cf. infra. IV- B - 3).

B. Améliorer l'accessibilité, l'organisation et la coordination des soins (sous – titre 2)

1) Un nouveau dispositif de rémunération (articles 4 à 7)

Afin de permettre à tous les centres de santé de continuer de s'inscrire dans une démarche d'amélioration de l'accès aux soins, de coordination de l'exercice des professionnels de santé et de développement du partage de l'information, le nouvel accord national instaure un dispositif spécifique de rémunérations accordées aux centres de santé respectant des objectifs conventionnels.

Conformément aux dispositions de l'article L.164-14-1-1 CSS, ces nouvelles mesures tarifaires ne pourront intervenir avant la fin du délai de 6 mois à compter de l'entrée en vigueur de l'accord national des centres de santé, soit au plus tôt à compter du 1^{er} avril 2016.

2) Regroupement des engagements selon un bloc commun principal et un bloc commun complémentaire (articles 8 et 9)

Les engagements prévus par le nouvel accord sont regroupés selon un bloc commun principal, fortement inspiré du règlement arbitral applicable aux structures pluri professionnelles. Pour les centres de santé polyvalents, les engagements sont identiques à ceux du règlement arbitral avec quelques adaptations compte tenu de la spécificité de ces centres de santé. Pour les centres infirmiers et dentaires, ils portent sur les mêmes critères, mais adaptés à chaque type d'activité.

Un bloc commun complémentaire ajoute des engagements, en termes d'accès aux soins, plus spécifiques aux centres de santé, tels que la démarche qualité et l'accompagnement des publics vulnérables, ainsi que des critères relatifs à l'organisation du centre de santé, à la qualité de service et au système d'information.

Les engagements fixés par le bloc commun principal sont, selon le cas, obligatoires et dits « socle » ou optionnels ; les engagements du bloc commun complémentaire sont tous optionnels.

La description des engagements et les modalités de calcul de la rémunération correspondant à chaque engagement sont récapitulées dans un tableau par type de centre (annexes 1 et 1 bis de l'accord national).

Des informations détaillées et complémentaires sont jointes en annexe 1 de la circulaire sous forme de fiches par type de centre.

3) Principes et modalités de calcul et de versement de la rémunération (articles 10 – 12 à 18)

Les centres de santé sont rémunérés sur la base d'un ensemble d'engagements en fonction de l'atteinte d'objectifs définis selon le respect de critères ou d'indicateurs.

Le respect de tous les critères socle du bloc commun principal est considéré comme un prérequis pour pouvoir bénéficier d'une rémunération, sauf dérogation ouverte aux centres de santé jusqu'au 31 décembre 2016 (article 12).

Selon le cas, la rémunération est soit :

- fixe,
- variable selon l'importance d'une patientèle de référence définie par type de centre de santé ou selon le nombre d'équivalent temps plein (ETP) exerçant dans le centre de santé,
- mixte, comportant une partie fixe et une partie variable (article 13).

La rémunération est fondée sur un système de points. La valeur du point est fixée à 7€.

Le nombre de points défini (cf. tableau en annexe 1 et 1 bis de l'accord national) correspond à un taux de réalisation de 100% de chacun des indicateurs mais pour certains critères, la rémunération peut dépendre du niveau d'atteinte des objectifs.

Certaines rémunérations peuvent faire l'objet de minoration pour permettre une montée en charge progressive d'atteinte des engagements (article 15.5); elles peuvent également être majorées, en fonction du taux de précarité du centre de santé (article 15.6).

La période d'observation du respect des engagements s'effectue par année civile. Le centre de santé doit transmettre à la caisse l'ensemble des justificatifs prévus par l'accord, au plus tard le 28 février de l'année civile suivant l'année d'observation.

La rémunération calculée est versée chaque année, au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'année d'observation du respect des engagements (soit au plus tard le 30 avril 2017 pour la rémunération due au titre de l'année 2016).

Un dispositif d'avance annuel est mis en place permettant le règlement de 60 % de la somme versée sur la base des résultats obtenus à l'année n-1.

4) Règle d'indivisibilité du dispositif de rémunération et de non cumul (article 11)

Les rémunérations prévues par le bloc commun principal et le bloc commun complémentaire sont forfaitaires et indivisibles. En outre, elles ne sont pas cumulables avec celles du règlement arbitral applicable aux structures pluri professionnelles.

Ainsi, dans la mesure où les centres de santé ont pu adhérer au règlement arbitral avant l'entrée en vigueur du nouvel accord, les parties signataires ont prévu l'interdiction du bénéfice d'une rémunération au choix au titre du règlement arbitral et du bloc commun principal d'une part, et du cumul de rémunérations rétribuant le respect d'engagements identiques, d'autre part.

Ce non cumul a été retenu comme un principe qui vise donc non seulement le règlement arbitral de février 2015 mais tout type de texte conventionnel au sens large : accord, contrat, convention ou règlement. Il concerne les accords existants ou à venir.

5) Suppression des options de coordination de l'ancien accord

Le nouvel accord supprime les anciennes options de coordination définies par le précédent accord.

Ainsi, à compter de l'entrée en vigueur du nouvel accord, aucune nouvelle adhésion aux anciennes options n'est autorisée, compte tenu de la caducité de l'ancien accord (cf. infra : IV – A - 1)

C. Améliorer l'accès aux soins de proximité (sous-titre 3)

1) Création d'options démographiques (article 19)

A l'instar de ce qui existe déjà pour les professionnels de santé libéraux, le nouvel accord offre aux centres de santé médicaux ou polyvalents, infirmiers ou dentaires une option démographique sous la forme d'un contrat incitatif auquel ils doivent expressément adhérer pour pouvoir bénéficier d'une rémunération forfaitaire telle que décrite par les annexes 8, 11 et 14 de l'accord.

Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité infirmière ou dentaire, au sens de l'article 7 de l'accord, peuvent adhérer aux trois contrats incitatifs et bénéficier des trois rémunérations, dès lors qu'ils sont installés en zone déficitaire définie pour chaque type de profession.

Les modalités d'enregistrement et de versement de l'aide forfaitaire annuelle seront détaillées ultérieurement dans une lettre-réseau complémentaire.

2) Permanence des soins ambulatoires (article 20.1)

A l'instar des médecins libéraux, les centres de santé participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) selon les mêmes modalités. Ces dernières sont précisées par les articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Le décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 publié au journal officiel du 29 janvier 2015 apporte une précision supplémentaire concernant la rémunération de la PDSA des centres de santé en complétant le premier alinéa de l'article R.1435-23 du code de la santé publique par une phrase ainsi rédigée : «Les rémunérations forfaitaires engagées au titre du 1° de l'article R.1435-16 peuvent être attribuées au centre de santé employant le médecin qui participe à la permanence des soins en qualité de salarié.»

Cette précision comble un vide juridique en permettant de verser la rémunération au titre de la PDSA directement au centre de santé lorsque le médecin salarié du centre de santé participe au dispositif.

Outre cette nouveauté, dans la mesure où le dispositif de PDSA est d'ores et déjà applicable, cet article de l'accord national des centres de santé n'appelle pas de commentaires particuliers. Concernant les modalités d'application de la PDSA, il convient de se référer aux instructions de la LR-DDGOS-39-2012 du 20 avril 2012.

3) Permanence des soins dentaires (article 20.2)

Le dispositif de permanence des soins dentaires est institué par le décret précité et vient ainsi déterminer ses modalités d'organisation.

Il confie l'organisation de cette dernière aux directeurs généraux des Agences Régionales de Santé, après avis du conseil régional de l'Ordre des chirurgiens-dentistes, avec une déclinaison locale, dans laquelle sont également impliqués les comités départementaux de l'aide médicale urgente, permanence des soins (CODAMUPS).

Sont ainsi concernés par la PDS dentaire :

- les chirurgiens-dentistes libéraux, et leurs collaborateurs, ainsi que les remplaçants, qui doivent assurer les obligations de permanence pesant sur le praticien titulaire remplacé,
- les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé.

Les rémunérations afférentes à ce nouveau dispositif sont d'ordre conventionnel et n'étaient jusqu'alors prévues que par l'avenant 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux et donc applicables qu'à ces derniers.

L'accord national des centres de santé transpose ainsi les rémunérations des chirurgiens-dentistes libéraux aux centres de santé, à savoir :

- une rémunération de l'astreinte, à hauteur de 75 euros par demi-journée d'astreinte,
- une majoration spécifique s'appliquant aux actes techniques et cliniques pour un patient considéré et d'un montant de 30 euros.

Concernant les modalités d'application de la PDS dentaire, il convient de se référer aux instructions de la LR-DDGOS-13-2015 du 10 février 2015.

4) Création d'un contrat d'accès aux soins dentaires (article 21.1)

L'accord national des centres de santé crée une option conventionnelle innovante destinée aux centres de santé ayant une activité dentaire.

En effet, les partenaires conventionnels soucieux d'améliorer l'accès aux soins dentaires, sont convenus de la nécessité de maîtriser les tarifs des actes prothétiques et orthodontiques en instituant un contrat d'accès aux soins dentaires (CASD).

En adhérant à ce contrat, le centre de santé s'engage à ne pas augmenter son taux de dépassement sur les actes prothétiques et orthodontiques pris en charge par l'assurance maladie, tout en maintenant ses tarifs.

L'accord national prévoit, ainsi, que dans le cas où le taux de dépassement moyen initial constaté sur la période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015 inclus est :

- inférieur ou égal à 230%, le centre doit maintenir ou diminuer ses tarifs et donc son taux de dépassement moyen,
- supérieur à 230%, le centre doit diminuer ses tarifs et donc son taux de dépassement moyen, pour qu'il atteigne un taux inférieur ou égal à 230%.

Dès lors que le centre de santé respecte ces engagements, il bénéficie en contrepartie d'une rémunération forfaitaire égale à un pourcentage de ses honoraires sans dépassements correspondant à ses actes de soins conservateurs et chirurgicaux.

Pour être éligible à ce contrat, le centre de santé doit avoir une activité lui permettant de percevoir des honoraires correspondant aux actes prothétiques et orthodontiques supérieurs ou égaux à 20% de ses honoraires totaux.

Ainsi, dès l'entrée en vigueur du présent accord national, le centre de santé éligible peut adhérer à ce contrat en remplissant le formulaire d'adhésion prévu en annexe 21 de l'accord national.

Les premiers versements interviendront au cours du second semestre 2016.

Des informations complémentaires seront communiquées aux caisses ultérieurement concernant les modalités de calcul et le circuit de paiement de cette rémunération forfaitaire.

Dans l'attente, il est demandé aux caisses de suivre la montée en charge de ce dispositif (cf. infra - « mesures immédiates »).

D. Améliorer la qualité des soins, renforcer la prévention et favoriser le parcours de soins du patient (sous-titre 4)

1) Les actions de prévention (articles 22.1 à 22.2)

Le nouvel accord national reprend l'ensemble des actions de prévention prévues par les conventions des autres professionnels de santé libéraux et déjà mises en œuvre.

Il s'agit des actions suivantes :

- le dépistage du cancer du sein,

- le dépistage du cancer colo-rectal,
- le programme de prévention dentaire « M'T dents » et le dispositif de prévention bucco-dentaire destiné aux femmes enceintes,
- le dépistage de la rétinopathie diabétique,
- la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière reconduite chaque année dans tous les groupes à risque et particulièrement les personnes âgées de plus de 65 ans,
- la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR) prise en charge à 100% pour les enfants de leur naissance à l'âge de 17 ans révolus,
- la mise à disposition gratuite des tests de diagnostic rapide de l'angine ou « TDR » aux médecins généralistes, pédiatres et ORL pour limiter la prescription d'antibiotiques,
- La mise à disposition des appareils d'auto-mesure tensionnelle ou « AMT » pour lutter contre l'hypertension artérielle.

Les dispositifs de mise à disposition par l'assurance maladie des tests de dépistage du cancer colo-rectal, de diagnostic de l'angine (TDR) et d'appareils d'auto-mesure tensionnelle (AMT) intégreront désormais les centres de santé. Des informations complémentaires seront diffusées au cours du 4^{ème} trimestre 2015 pour spécifier les modalités de mise en œuvre de l'extension du dispositif de mise à disposition des TDR angine aux centres de santé.

De même, l'accord prévoit un engagement des médecins des centres de santé à accompagner leurs patients souffrant de pathologies chroniques notamment en les sensibilisant à l'intérêt du programme « SOPHIA » (article 22.1.8) et en les incitant à s'y inscrire.

2) Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné (article 23)

Conformément à l'article L. 165-5-3 CSS, le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un centre de santé peuvent être conjointement désignés comme médecins traitants.

Est donc désigné dans l'accord national comme « médecin traitant » le centre de santé dont un ou plusieurs médecins y exerçant a été déclaré comme médecin traitant.

Le patient ayant la liberté de choisir son médecin traitant, le centre doit être organisé de telle sorte que le patient puisse consulter le médecin traitant qu'il a personnellement choisi (article 23.2).

L'accord national liste les missions du médecin traitant salarié d'un centre de santé (article 23.1.1) telles que définies par arrêté du 2 août 2005 – JO du 10 août 2005.

3) Rémunérations du centre de santé considéré comme médecin traitant (article 23.3)

Le centre de santé considéré comme médecin traitant peut bénéficier de toutes les rémunérations dues à ce titre, sous réserve du respect des conditions attachées à chacune de ces rémunérations, à savoir :

- rémunération médecin traitant ou RMT, soit 40€ par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens de l'article L.322-3 3° et 4°,
- rémunération forfaitaire annuelle (RST) pour le suivi des patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L. 322-3 10° CSS calculée sur la base de 40€ par an par patient,
- forfait médecin traitant FMT, soit 5€ par an et par patient pour le suivi de ses patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD.

Des informations complémentaires seront communiquées aux caisses concernant les modalités de calcul et le circuit de paiement de ces rémunérations.

4) Rémunération sur objectifs de santé publique « ROSP » (article 24 de l'accord national)

Le dispositif de la ROSP médecin traitant est désormais applicable aux centres de santé médicaux ou polyvalents dans les mêmes conditions que celles relatives aux professionnels de santé libéraux. En revanche, les ROSP des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en gastro-entérologie et hépatologie n'ont pas été transposées aux centres de santé.

Ce mode de rémunération concerne l'activité de l'ensemble des médecins traitants du centre de santé.

Lors de son adhésion à l'accord national, le centre de santé a la faculté de refuser expressément de bénéficier de la ROSP ; le centre de santé peut faire connaître son refus sous forme d'un simple courrier ou de tout autre moyen défini par la caisse. Il renonce ainsi à percevoir la rémunération correspondante.

Il peut à tout moment modifier ce choix en s'adressant à sa caisse de rattachement par lettre recommandée avec accusé de réception. La date d'enregistrement du choix du centre de santé est la date de l'accusé de réception.

Le niveau initial calculé pour chaque indicateur et pour chaque centre de santé s'apprécie au 31 décembre de l'année précédant la mise en œuvre du dispositif, soit le 31/12/2015 pour l'ensemble des centres de santé. Le niveau constaté à 1 an, soit au 31/12/2016, est calculé pour chaque indicateur et pour chaque centre de santé. Les premiers paiements relatifs à cette rémunération interviendront donc au cours du deuxième trimestre 2017 au titre de l'année 2016.

Des informations complémentaires seront communiquées aux caisses concernant les modalités de calcul et le circuit de paiement de cette rémunération.

5) Rémunération pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées « MPA » (article 25)

Le centre de santé bénéficie de la rémunération forfaitaire « MPA » telle que prévue par la convention médicale et ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients âgés.

Le centre de santé perçoit une rémunération de 5€ par consultation médicale ou visite réalisée pour ses patients âgés de 80 ans et plus.

Cette rémunération ayant été transposée aux centres de santé avant le nouvel accord, elle est déjà versée depuis l'année 2014.

6) Maitrise médicalisée des dépenses (article 26)

L'engagement des parties signataires de l'accord dans la politique de maîtrise des dépenses de santé s'appuient sur :

- des actions d'accompagnement des centres de santé par l'assurance maladie pour leur diffuser des outils de bonne pratique et d'efficience (protocoles et référentiels de la HAS ou de l'ANSM, référentiels élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L.162-39 CSS) ou des mesures innovantes de gestion du risque via les campagnes des délégués de l'assurance maladie ;

- l'intégration par l'assurance maladie des centres de santé dans les programmes « PRADO » (cf. LR-DDGOS-54-2015 du 19 juin 2015);
- l'engagement des centres de santé à favoriser l'information des personnels y exerçant sur les règles de prise en charge et les outils de bonne pratique notamment sur les actes, prestations ou prescriptions tels que ceux listés par l'accord (médicaments génériques, masso-kinésithérapie, biologie, radiologie et arrêts de travail).

II : Modalités d'exercice conventionnel (titre 2)

A. Accès aux soins, libre choix et portail internet « ameli.fr » (articles 27.1 à 27.3 de l'accord national)

Pour faciliter l'accès aux soins des assurés et leur libre choix, les organismes locaux donnent, notamment grâce au portail internet « ameli.fr », toutes les informations sur la situation des centres de santé et dès qu'elles seront disponibles celles relatives aux spécialités médicales, aux horaires d'ouverture, aux tarifs pratiqués pour les soins dentaires, etc.

1) Application des nomenclatures et des tarifs (articles 28)

Les centres de santé s'engagent à respecter les dispositions de la NGAP, de la CCAM et les tarifs fixés par les conventions des professionnels de santé libéraux conformément à l'article L. 162-32-2 CSS.

2) Opposabilité des tarifs (article 28.3)

Le centre de santé s'engage à respecter l'opposabilité des tarifs d'honoraires dans les conditions fixées par les conventions applicables aux professions de santé libérales.

Par conséquent, les médecins salariés des centres de santé ne peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires. Ils sont, en effet, assimilés aux médecins libéraux de secteur 1, dans la mesure où la reconnaissance des secteurs à honoraires différents est d'ordre conventionnel et déterminée uniquement par la convention médicale. Le droit au dépassement est donc lié au statut conventionnel du médecin et non aux actes.

Par exception, les tarifs des actes bucco-dentaires de soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe avec le patient, à l'exception des actes prévus par le panier de soins concernant les patients bénéficiaires de la CMUC.

Lorsque le centre de santé pratique des dépassements d'honoraires sur les actes bucco-dentaires, il s'engage à en informer systématiquement les assurés.

3) Information des assurés

Conformément à l'article L. 1111- 3 CSP, les professionnels de santé libéraux ou exerçant dans un centre de santé doivent avant l'exécution d'un acte bucco-dentaire, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires. Le CSP prévoit également une obligation d'information écrite relative au dispositif médical sur mesure, lorsque celui-ci est inclus dans le tarif de l'acte, par les professionnels de santé à leurs patients. Cette information écrite prend la forme d'un devis-type.

- Devis dentaire : dans le cas où l'élaboration d'un traitement dentaire peut faire l'objet d'une entente directe ou nécessite la pose d'un dispositif médical sur mesure comme une prothèse dentaire essentiellement, (cf. article L. 1111-3 CSP), le chirurgien-dentiste du centre de santé doit remettre au préalable à l'assuré un devis descriptif écrit, dûment rempli conformément au modèle-type joint en annexe 26 de l'accord national des centres de santé.

Il s'agit du même modèle de devis-type que celui applicable aux chirurgiens-dentistes libéraux. Les centres de santé ayant une convention de tiers-payant avec des organismes d'assurance maladie complémentaire, peuvent compléter les indications portées sur le devis par des informations complémentaires.

4) Affichage des tarifs

Le centre de santé doit, en outre, afficher de façon visible et lisible dans ses locaux les informations relatives à ses tarifs y compris les dépassements qu'il facture, conformément aux dispositions de l'article L.1111-3 CSP précité.

5) Transposition des rémunérations applicables aux professions libérales (article 28.5)

Cet article prévoit l'examen systématique des conditions de transposition aux centres de santé de toute nouvelle rémunération spécifique prévues par les conventions applicables aux professionnels de santé libéraux. Il s'agit des rémunérations autres que les rémunérations versées sur la base des nomenclatures (NGAP ou CCAM) qui sont applicables de fait aux centres de santé conformément à l'article L.162- 32-2 CSS.

Dans le cas où les rémunérations prévues par les conventions applicables aux professionnels libéraux et d'ores et déjà intégrées au nouvel accord national sont revalorisées, cette revalorisation est transposée au présent accord sans négociation d'un avenant sauf si elle est assortie d'engagements nouveaux pour les professionnels de santé libéraux concernés.

6) Rapport d'activité (article 29 de l'accord national)

Compte tenu des différentes informations nécessaires au paiement de certaines des rémunérations prévues par le nouvel accord, il est indispensable que ces informations soient recueillies par l'assurance maladie.

Ces informations seront renseignées dans un premier temps dans un rapport d'activité dont le modèle-type sera examiné par la première CPN suivant l'entrée en vigueur de l'accord.

A terme et pour simplifier le rôle des acteurs concernés (centres de santé, ARS, caisses et CNAMTS), une plateforme informationnelle partagée sera mise en place pour leur permettre d'alimenter et d'accéder à ces informations de manière dématérialisée. Un groupe de travail dédié réunissant les représentants du ministère, des centres de santé et de l'assurance maladie a été mis en place avec le ministère, pour construire cette plateforme.

Le délai de transmission du rapport d'activité est fixé au 30 juin de chaque année ; il sera modifié, le cas échéant, quand la plateforme sera opérationnelle.

III : Gestion des échanges avec l'assurance maladie (titre 3)

Conformément à l'article L. 162-32 CSS, les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie obligatoire.

A. Les échanges électroniques (sous-titre 1 - articles 30 à 38)

A l'exception du dispositif de financement de l'aide pérenne à la télétransmission tel que prévu par l'article 9.1.4 de l'accord dans le cadre du bloc commun complémentaire optionnel ce sous-titre n'appelle pas d'observations particulières.

Il intègre en outre comme dispositions nouvelles la mise en œuvre du tiers-payant intégral.

Pour faciliter l'utilisation de « CDR » (Consultation des DRoits en ligne de l'assuré), il prévoit la fourniture désormais **par an et au maximum** :

- d'une carte de directeur d'établissement (CDE) ;
- 1 à 5 cartes de personnel d'établissement (CPE) ;
- 1 carte « CPS » par professionnel de santé, réalisant des FSE.

B. Les outils d'aide à la gestion du tiers-payant (sous-titre 2 - articles 39 à 41)

Les centres de santé sont très demandeurs d'outils facilitant la gestion du tiers-payant.

Il a donc été demandé à la CNAMTS et aux caisses de porter une attention particulière à l'aide à la montée en charge de CDR et à terme d'ADR (Acquisition des DRoits) et à la mise à disposition de la norme 580 et de « Compagnon flux tiers ».

C. Les téléservices (sous-titre 3 - articles 42 et 43)

Il en est de même pour les téléservices qui doivent pouvoir, à terme, offrir aux centres de santé les mêmes téléservices que ceux accessibles aux professionnels de santé libéraux afin de faciliter leur gestion quotidienne vis-à-vis des patients et des caisses.

D. Les actions d'accompagnement (sous-titre 4) – voir également infra « mesures immédiates »

Les interlocuteurs des centres de santé seront identifiés au sein de chaque CPAM.

En complément, les échanges entre les centres de santé et les caisses d'Assurance maladie s'effectueront, selon les besoins identifiés, par les services en charge des relations avec les professionnels de santé (RPS, DAM, CIS) et les plateformes téléphoniques.

La CPN examinera les supports d'accompagnement destinés à favoriser l'application des dispositions conventionnelles par tous les centres de santé.

IV : Vie conventionnelle (titre 4)

A. Durée, dénonciation et résiliation de l'accord national (sous-titre 1)

1) Durée de l'accord et caducité de l'ancien accord national : (article 47)

Conformément à l'article L.162-32-1 CSS, l'accord national est conclu pour une durée au plus égale à cinq ans.

Il est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée et sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance.

A compter du 1^{er} octobre, l'accord national conclu précédemment est caduc.

A partir de cette date, aucun centre de santé ne peut donc plus adhérer au précédent accord national et bénéficier des dispositions afférentes.

Néanmoins, l'ancien accord continue de produire ses effets, pour les centres de santé adhérents à l'ancien accord, dans les seules conditions exposées ci-dessous (cf. infra V) sous réserve de l'adhésion de ces centres de santé au nouvel accord avant le 31 décembre 2015. Cependant, aucun nouveau patient ne peut plus être pris en compte dans le cadre de l'application des options de coordination de l'ancien accord.

2) Dénonciation et résiliation (articles 48 et 49)

L'accord national peut être dénoncé ou résilié soit par l'UNCAM, soit conjointement par les organisations représentatives des centres de santé signataires du présent accord.

En cas de dénonciation, celle-ci ne peut intervenir que 6 mois au moins avant la date d'échéance de l'accord national.

En cas de résiliation, celle-ci ne peut intervenir que dans deux cas précis :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties,
- modifications législatives ou réglementaires affectant substantiellement les relations entre les organismes locaux d'assurance maladie et les centres de santé.

Dans les deux cas, de nouvelles négociations devront être engagées dans le délai de six mois.

B. Modalités de notification et d'adhésion (sous-titre 2)

1) Notification (article 50)

La caisse d'assurance maladie informe les centres de santé relevant de sa circonscription de l'entrée en vigueur du nouvel accord national par courrier.

En l'absence de précision dans l'accord, la caisse procède à cette information selon les modalités qu'elle considère comme adaptée à savoir courrier simple, en LR avec AR, par messagerie électronique, autres.

Par ailleurs, l'assurance maladie met à disposition des centres de santé sur son site internet ameli.fr (national ou local) le présent accord et ses annexes, dans le délai d'un mois suivant sa publication au journal officiel (cf. article R.162-54-9 CSS).

Cette obligation s'appliquera ultérieurement aux avenants à l'accord et dans le même délai.

2) Adhésion expresse à l'accord (article 51)

Conformément à l'article L. 162-32-2 CSS, le centre de santé doit expressément adhérer à l'accord national pour bénéficier de l'application des dispositions conventionnelles.

Dans la mesure où il s'agit d'un nouvel accord national, structurant pour les centres de santé, les parties signataires ont considéré que les centres de santé déjà adhérents au précédent accord doivent adhérer au nouvel accord avant le 31 décembre 2015. A défaut, le centre de santé adhérent à l'accord après cette date ne peut prétendre aux avantages visés à l'article 18.2.1 de l'accord national.

Le centre de santé non adhérent au précédent accord national doit également adhérer de manière expresse à l'accord. Il peut s'agir d'un centre de santé installé postérieurement à l'entrée en vigueur du nouvel accord ou d'un centre de santé n'ayant pas adhéré à l'accord précédent.

Dans les deux cas (renouvellement d'une adhésion préexistante ou nouvelle installation), le centre de santé adhère à l'accord en adressant à la caisse de son ressort géographique le formulaire d'adhésion disponible sur le site ameli.fr, dûment rempli en double exemplaire, par lettre recommandée avec accusé de réception.

3) Remplissage du formulaire d'adhésion (cf. annexe 27 de l'accord national)

- Identification du centre de santé

Le représentant légal du centre de santé est la personne physique qui représente juridiquement le centre et qui engage sa responsabilité dans le respect des engagements prévus par l'accord national ; il est notamment responsable de la validité des factures émises par le centre au regard de la réglementation applicable.

- Numéro d'identification du centre délivré par l'ARS

Il s'agit du numéro FINESS délivré par l'ARS. En cas de difficulté liée à l'identification d'un centre de santé, les caisses peuvent se référer à l'instruction ministérielle n° DGOS/PF3/DREES/DMSI/2013/402 du 19 décembre 2013 et à la LR-DDO-48-2015 du 13 avril 2015.

Il est demandé aux caisses de s'assurer que les modalités d'identification du centre de santé sont conformes aux consignes précitées, lors de l'enregistrement de son adhésion à l'accord national.

Cette action d'identification est d'autant plus importante et urgente que le paiement de certaines rémunérations dépend du respect d'indicateurs qui devront être calculés au titre du centre de santé (entité juridique) regroupant correctement l'ensemble de ces établissements (entités géographiques), s'ils existent.

- Date d'ouverture du droit à exercer des soins accordé par l'ARS

Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, l'agrément délivré par les autorités administratives a été supprimé et remplacé par le dépôt du projet de santé par le centre de santé auprès de l'ARS.

Le dépôt du projet de santé et l'identification du centre de santé par l'ARS équivalant à une autorisation d'exercer doivent être préalables au conventionnement du centre de santé par l'assurance maladie.

Conformément à l'article 2 du décret n°2010-895 du 30 juillet 2010, il est rappelé que le dépôt du projet de santé à l'ARS est exigible depuis le 1^{er} février 2011 pour les centres précédemment agréés et dès leur date d'ouverture pour les centres nouvellement installés.

Le centre de santé nouvellement installé ou adhérent pour la première fois à l'accord national transmet à la caisse la copie de son projet de santé comportant la date de l'accusé de réception du projet de santé et la date d'identification du centre de santé par l'ARS.

Pour les centres de santé déjà adhérents à l'ancien accord, la caisse vérifie qu'elle détient l'ensemble des informations relatives à l'identification du centre y compris le projet de santé dûment enregistré par l'ARS. A défaut, elle demande au centre de compléter sa demande d'adhésion.

- Adresse du lieu principal d'implantation

Chaque centre de santé ne doit désormais disposer que d'un seul numéro FINESS. Néanmoins, dans le cas où un centre de santé exerce une ou plusieurs activités de soins au sein de plusieurs établissements situés sur des adresses géographiques réellement distinctes, un numéro FINESS différent lui est attribué par établissement (entité géographique), situé sur une adresse géographique distincte.

Ainsi, conformément à la LR-DDO-48/2015 précitée, dans le cas où plusieurs activités de soins sont exercées dans un même établissement à une même adresse géographique, un seul numéro FINESS doit être attribué à cet établissement. Si plusieurs numéros FINESS géographiques existent pour un même

établissement, un seul numéro FINESS au choix du centre de santé est conservé. Les autres numéros correspondant au même établissement pour une même adresse géographique sont supprimés.

Dans le cas où le siège social du centre de santé ne comporte aucune activité de soins, le centre de santé est identifié par l'un des numéros affectés à l'une des entités géographiques.

- Spécialité du centre de santé et modification avec mise à jour

La spécialité du centre de santé au sens de l'article 3 de l'accord national doit être obligatoirement renseignée compte tenu de la diversité des engagements prévus par l'accord national selon chaque spécialité (médical, polyvalent, dentaire ou infirmier).

Jusqu'à la loi du 21 juillet 2009 précitée, la réglementation distinguait quatre catégories de centres de santé : médical, polyvalent, infirmier et dentaire. Ces quatre catégories ont été supprimées et les centres de santé sont désormais regroupés sous une catégorie unique portant le numéro 124 intitulée « centre de santé ».

Le développement informatique du regroupement des centres de santé sous la catégorie unique 124 dans le RFOS est programmé pour le début de l'année 2016.

L'indication de chaque spécialité sera conservée au niveau informationnel du système d'information de l'assurance maladie.

Il revient donc au centre de santé de préciser sa spécialité à la caisse lors de son adhésion à l'accord.

- Modification de spécialité à la demande du centre de santé

Le centre de santé peut modifier sa spécialité une fois par an ; cette période annuelle correspondant à une année civile.

En cas de modification de sa spécialité d'exercice, le centre adresse à sa caisse un nouveau formulaire d'adhésion en deux exemplaires, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans le délai d'un mois à compter de la date de la modification.

Le centre de santé indique comme date de mise à jour prévue par le formulaire, la date de la modification de la spécialité. Cette date de mise à jour a pour objet de ne pas remettre en cause la date initiale d'adhésion au nouvel accord.

En l'absence de précision de l'accord national, ce type de modification est enregistré par la caisse par tout moyen à sa convenance.

- Modification de la spécialité à la demande de la caisse

Lorsque la caisse constate que les données issues du système d'information de l'assurance maladie ne correspondent pas à l'activité déclarée par le centre et ce, sur une durée d'une année civile complète, elle procède à la modification de la spécialité du centre dans le système d'information de l'assurance maladie, après en avoir informé le représentant légal du centre de santé deux mois au moins avant la modification effective de la spécialité.

Cette information est notifiée au centre de santé par tout moyen permettant d'attester de la date exacte de cette notification ; celle-ci ne peut pas être délivrée par messagerie électronique.

En cas de désaccord du centre de santé sur la modification de sa spécialité, le centre de santé transmet une réclamation à sa caisse qui la soumet à la commission paritaire régionale (CPR) ou départementale (CPD) selon le cas, pour avis.

Après avis de la CPR ou CPD, le directeur de la caisse d'assurance maladie notifie au centre de santé sa décision de modifier ou non la spécialité du centre de santé.

En cas de contestation, le centre de santé dispose des délai et voie de recours de droit commun. Il pourra contester cette décision émanant du directeur de la CPAM devant la commission de recours amiable (CRA), puis, le cas échéant, devant le tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS).

- Autres modifications substantielles des conditions d'exercice du centre de santé

En cas de modification substantielle des conditions d'exercice du centre de santé comme par exemple la fermeture d'un de ses locaux, son déménagement dans le ressort géographique de la caisse, la fermeture définitive du centre etc., le centre de santé en informe la caisse de son ressort dans le délai d'un mois à compter de la date de la modification.

En l'absence de précision de l'accord national, ce type de modification est indiqué à la caisse par tout moyen garantissant sa réception par cette dernière.

- Situation du centre de santé au regard des anciennes options de coordination et du règlement arbitral

Le centre de santé mentionne s'il avait adhéré ou non à une ou plusieurs des options prévues par l'ancien accord ou au règlement arbitral. Cette déclaration permet de faire bénéficier le centre de santé du dispositif financier prévu à l'article 18.2 du nouvel accord national (cf. infra V).

- Enregistrement de l'adhésion par la caisse

La caisse enregistre l'adhésion du centre de santé en apposant sur les deux exemplaires du formulaire d'adhésion la date d'accusé réception de la lettre recommandée adressée par le centre de santé et la date d'effet de l'adhésion (cf. infra – « mesures immédiates »).

Ces deux dates d'effet sont identiques sauf en cas de demande d'informations complémentaires de la part de la caisse qui ne justifierait pas la notification d'un rejet de l'adhésion.

- Non enregistrement de l'adhésion

En cas de demande d'adhésion non conforme, la caisse notifie au centre de santé le refus d'enregistrement par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette décision est motivée et indique les voie et délai de recours.

Il est rappelé aux caisses qu'en application des dispositions de la loi n°2013-1005 du 12 novembre 2013, en cas de silence de la caisse pendant deux mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

- Exclusion de certains centres de santé de l'accord national

Conformément à l'article 28.3 de l'accord national, les centres de santé ne pratiquant que la seule implantologie dentaire (pose d'implant et prothèse) ne peuvent pas y adhérer.

4) Engagement conventionnel (article 52)

Le centre de santé, en adhérant à l'accord national s'engage à en respecter toutes les dispositions.

5) Modalités de rupture d'adhésion (article 53)

Un centre de santé peut à tout moment informer la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception de sa décision de ne plus être régi par l'accord national.

Cette décision prend effet, de plein droit, un mois à compter de la date de l'accusé réception du courrier par la caisse.

Le centre de santé reste autorisé à adhérer à l'accord national à tout moment dans les conditions fixées par l'article 51 précité.

6) Cas particulier des centres non adhérents à l'accord

Il est rappelé que les centres de santé n'ayant pas adhéré à l'accord national bénéficient des tarifs fixés pour chacune des professions visées aux sections I, II et III du chapitre II du titre VI du code de la sécurité sociale.

Ils bénéficient également comme les centres de santé ayant adhéré à l'accord national d'une subvention d'aide au financement de leurs cotisations dans les conditions définies à l'article L. 162-32 CSS.

7) Information des autres régimes

Les organismes locaux des autres régimes d'assurance maladie sont informés de la liste des centres de santé n'ayant pas adhéré à l'accord national via le portail internet de l'assurance maladie sur le site « ameli.fr ».

C. Les instances conventionnelles (sous-titre 3)

Cette partie de l'accord national consacrée aux instances conventionnelles n'appelle pas de commentaire particulier. Elle actualise les dispositions de l'ancien accord national.

Certains aménagements ont été apportés sur les points suivants.

1) Création du CTPPN et suppression des anciens comités

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) est créé auprès de la commission paritaire nationale. Il remplace l'ancien comité technique SESAM-Vitale et étend son champ de compétence notamment aux téléservices mis à la disposition des centres de santé.

Les comités techniques paritaires médicaux, dentaires et infirmiers instaurés par l'article 10.1.2 de l'ancien accord sont supprimés ainsi que le comité de lecture instauré par l'article 10.1.4 (avenant 2 à l'ancien accord national).

2) Composition des instances

Les organisations reconnues comme représentatives par courrier ministériel en date du 19 avril 2013 (cf. article L.162-33 CSS) sont désormais au nombre de dix (contre neuf pour l'ancien accord – cf. avenant 4 de l'ancien accord). La composition de l'ensemble des instances conventionnelles a donc été adaptée.

Afin de faciliter la composition de la section professionnelle, les règles de représentation ont été assouplies : la répartition des sièges est laissée à l'appréciation des représentants de centres de santé. En cas de difficulté, les organisations peuvent décider lors de la constitution de la commission de ne

pas toutes siéger physiquement en commission ; dans ce cas, les dix voix sont réparties selon le nombre de représentants acceptant de siéger.

(Par exemple : un seul membre peut disposer de deux voix pour représenter deux organisations.)

Comme pour la délégation de vote, le nombre de voix par membre est limité à deux voix supplémentaires.

Il est rappelé que chaque organisation peut nommer un représentant pour siéger en commission mais donner délégation de vote (dans la limite de deux délégations par membre), à un autre membre lors de la réunion effective de la commission.

Le quorum est atteint lorsqu'au moins la moitié du nombre de membres de chaque section est présente ou représentée (nombre de voix ou délégation de vote). La commission ne peut siéger que si le nombre de membres (ou de voix ou de délégation de vote) de chacune des sections est égal (respect du caractère paritaire).

En cas de nombre de membres plus élevés dans une des deux sections, les membres en surnombre ne participent pas au vote, si un vote doit intervenir.

Dans le cas de l'instruction d'une mesure de sanction engagée contre un centre de santé, le quorum et la parité doivent être strictement respectés pendant l'examen du dossier du centre de santé mis en cause jusqu'au prononcé de l'avis de la commission.

En cas de nouveau signataire ou de retrait de signataire et afin d'éviter la signature d'un avenant à l'accord national modifiant la composition de la commission, chaque commission se réunit dans les deux mois afin de fixer le nombre de sièges de chacune des sections correspondant, à parité, aux nombres de signataires.

3) Indemnisation

Chaque représentant des organisations siégeant en commission, au CTPPN ou aux groupes de travail créés par les instances conventionnelles a droit à une indemnité de 120€ par réunion et une indemnité de déplacement.

Le montant de cette indemnité de déplacement sera fixé pour toutes les instances lors de la première réunion de la CPN et conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

D. Le non-respect des engagements conventionnels (sous-titre 4)

Les dispositions relatives au non-respect des règles conventionnelles ont été simplifiées : le fait que le centre soit optant ou non n'est plus pris en considération, dans la détermination de la sanction, comme le prévoyait le précédent accord.

1) Examen des manquements (article 58)

Le centre de santé peut faire l'objet d'un déconventionnement pour tout manquement aux engagements définis par l'accord national.

La liste des manquements définie par l'accord n'est donc pas limitative.

2) Procédure (article 59)

Toute procédure d'engagement d'une sanction à l'encontre d'un centre débute obligatoirement par l'envoi d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette mise en demeure doit décrire les faits reprochés et le ou les motifs retenus, c'est-à-dire la description des manquements du centre par référence aux articles correspondants et non respectés de l'accord.

Cette mise en demeure ouvre la période d'observation pendant laquelle le centre de santé doit modifier sa pratique ; cette période est de 30 jours pour le non-respect de l'ensemble des engagements de l'accord autres que l'obligation de transmission électronique des documents de facturation telle que prévue par l'article L.161-35 CSS pour laquelle la période est de trois mois.

En cas de maintien de la pratique dénoncée, la caisse envoie pour son compte et le compte des autres régimes un relevé des faits reprochés dûment motivé, en invoquant la mise en demeure déjà notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Une copie de ce courrier est adressée aux membres titulaires des deux sections de la commission paritaire départementale ou régionale selon le cas, dans les conditions fixées par l'article 1^{er} du règlement intérieur des instances conventionnelles (annexe 28 de l'accord national).

Le centre de santé dispose d'un délai de 30 jours pour faire valoir ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse.

A l'issue de ce délai de trente jours, la procédure de déconventionnement, dès lors qu'elle est maintenue, est inscrite à l'ordre du jour de la commission paritaire pour qu'elle rende son avis en séance.

A l'issue d'un délai de trente jours à compter de la séance de la commission ayant rendu son avis, le directeur de la caisse notifie sa décision pour son compte et le compte des autres régimes par lettre recommandée avec accusé de réception.

La décision liste les faits reprochés et le ou les motifs de la sanction (cf. supra), précise la nature de la sanction, sa date d'effet et les voies et délais de recours. Il s'agit en l'espèce du tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de la date de l'accusé de réception de la notification de la sanction.

L'accord national a prévu une échelle de sanction. Aucune sanction ne peut être définitive ; elle est au plus d'une durée de cinq ans.

A noter que contrairement à l'ancien accord, le directeur de la caisse n'est plus lié par l'avis de la commission paritaire. Ainsi le directeur peut renoncer au prononcé de la sanction ou l'aggraver. Dans ce dernier cas, la décision du directeur s'appuie sur l'avis de la commission mais motive ce qui justifie cette aggravation par un argumentaire précis afin d'éviter qu'elle puisse être qualifiée d'arbitraire par le juge, dans le cadre d'un contentieux.

3) Procédure exceptionnelle de déconventionnement (article 61)

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles relevant de l'engagement d'une procédure pénale au titre de l'article 40 du code de procédure pénale par la caisse en application du 3^{ème} alinéa de l'article L. 114-9 CSS et pour un préjudice financier dépassant huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, le directeur de la caisse peut décider de suspendre l'application de la convention.

Cette décision ne peut pas être prise sans l'accord préalable du directeur général de l'UNCAM.

Cette procédure a pour objet d'éviter la mise en demeure et la période d'observation de la pratique du centre de santé avant le prononcé d'une sanction effective, compte tenu de la gravité des faits reprochés.

Cette procédure d'urgence protège néanmoins les droits de la défense, dans la mesure où la caisse notifie au centre de santé les faits reprochés et la durée de la sanction envisagée.

Le centre dispose alors d'un délai de 15 jours pour faire valoir ses observations écrites ou orales.

A l'issue de ce délai de 15 jours, la caisse dispose de 15 jours pour notifier sa décision de suspension motivée, indiquant les voies et délais de recours (recours en référé administratif).

Parallèlement, la caisse engage la procédure de déconventionnement habituelle telle que décrite supra.

4) Procédures en cours d'instruction ou d'application (article 62)

L'accord national prévoit que l'instruction des procédures de sanction en cours à la date de l'entrée en vigueur du nouvel accord se poursuit dans les conditions du nouvel accord.

Les sanctions en cours d'exécution à la date de l'entrée en vigueur du nouvel accord s'appliquent jusqu'à leur terme.

V - Dispositions financières transitoires prévues par le nouvel accord (article 18.2)

A. Dispositif d'avance spécifique pour la première année d'application du nouvel accord national pour la rémunération forfaitaire spécifique commune à tous les centres de santé (article 18.1)

Comme vu ci-dessus (I – B - 3), un dispositif d'avance annuel est mis en place pour permettre le règlement de 60 % de la somme due au titre des résultats des engagements du bloc principal et du bloc complémentaire réalisés en année n-1.

En l'absence de résultats pouvant être pris en compte au titre de l'année n-1 de l'application de l'accord, il est prévu de verser, en avril 2016, une avance de 50% calculée sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse d'un taux de réalisation de 100 % de l'ensemble des engagements socle et optionnels du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire.

Le solde est versé au 30 avril 2017 sous réserve du respect des engagements.

B. Paiement des anciennes options de coordination et des aides pérennes (article 18.2.1)

Le nouvel accord ayant supprimé les options de l'ancien accord, il prévoit un dispositif financier ayant pour objet de régler les anciennes options qui resteraient dues.

Ainsi, il a été convenu par les parties signataires que le solde des anciennes options serait réglé dans les conditions de versement de l'ancien accord, pour l'année entière, quelle que soit la période d'adhésion à l'option, mais si et seulement si les centres de santé concernés adhèrent au nouvel accord **avant le 31 décembre 2015**.

Il en va de même pour le règlement des aides à la télétransmission.

Des informations complémentaires quant aux modalités techniques de versement seront transmises aux caisses, par lettre-réseau, ultérieurement.

C. Mécanisme transitoire d'accompagnement financier (articles 18.2.2 et 18.2.3)

La transition entre l'ensemble des rémunérations forfaitaires prévues par l'ancien accord et l'ensemble des nouvelles rémunérations forfaitaires du présent accord est également aménagée afin de permettre

aux centres de santé de s'approprier les nouvelles mesures de rémunération sans risque de déséquilibre financier.

Ainsi, un mécanisme transitoire de compensation est institué. Il s'agit de prendre en charge le différentiel qui pourrait exister entre les rémunérations issues des options précédemment contractées et les nouvelles rémunérations perçues selon la spécialité du centre (dispositif de rémunération forfaitaire spécifique, ROSP, RMT, FMT, MPA, RST, nouveau contrat d'accès aux soins dentaires et options démographiques).

Le versement d'une compensation financière éventuelle s'échelonne sur trois ans :

- Versement en 2017, de 100% du montant du différentiel constaté entre les rémunérations au titre de 2014 et celles versées au titre de 2016,
- Versement en 2018, des deux-tiers du montant du différentiel constaté entre les rémunérations au titre de 2014 et celles versées au titre de 2017,
- Versement en 2019, au titre de 2018, d'un tiers du montant du différentiel constaté entre les rémunérations au titre de 2014 et celles versées au titre de 2018.

Si le différentiel constaté au titre de l'exercice 2017 est supérieur à 2% des honoraires remboursables du centre de santé en 2017, un versement complémentaire interviendra en 2018 équivalent à 2% de ces mêmes honoraires, dans la limite de 200 000€.

Ces centres de santé bénéficieront annuellement de ce même dispositif complémentaire, dans les mêmes conditions, selon le montant du différentiel calculé en 2018, 2019 et 2020 ; le dernier paiement intervenant en 2021.

En outre, au titre de 2016, les centres de santé inclus dans les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et ayant souscrit un contrat défini dans le règlement arbitral du 23 février 2015 bénéficient également d'un dispositif de compensation financière, dès lors qu'ils adhèrent au nouvel accord au plus tard le 31 décembre 2015.

Cette compensation s'apparente à celle prévue par le règlement arbitral de 2015.

Elle correspond à la moitié du différentiel entre le montant de la rémunération forfaitaire spécifique du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire, additionné du montant de la compensation susvisée au titre de 2016 et le montant perçu au titre de l'année 2014 dans le cadre de l'ENMR.

Des informations complémentaires quant aux modalités techniques de règlement de ces dispositions financières transitoires seront transmises au réseau de l'assurance maladie dans une prochaine lettre réseau.

Mesures immédiates

I. Enregistrement de l'adhésion à l'accord national et à ses différents dispositifs

Le texte de l'accord national sera mis en ligne, par la CNAMTS, sur le site « ameli.fr » dès son entrée en vigueur.

Les centres de santé seront invités, par tout moyen habituellement utilisé par la caisse, à remplir le formulaire d'adhésion à l'accord national, et le cas échéant les bulletins d'adhésion au contrat d'accès

aux soins dentaires (CASD) et aux contrats incitatifs démographiques et à le(s) retourner à leur caisse d'assurance maladie, par lettre recommandée avec accusé de réception (cf. supra IV-B-1).

Les bulletins d'adhésion sont joints aux annexes 2, 3 et 4 à la présente circulaire.

II. Cas particulier des centres de santé ayant adhéré au contrat défini par le règlement arbitral (article 18.2.3 de l'accord national)

Lorsqu'un centre de santé ayant signé avec l'ARS un contrat défini par le règlement arbitral adhère au nouvel accord national en 2015, la caisse doit procéder à la résiliation de ce contrat avec effet au 1er janvier 2016. Le formulaire d'adhésion (annexe 27 de l'accord national) permettra d'enregistrer la situation du centre au regard du règlement arbitral. En effet, aucun cumul entre les rémunérations prévues par le règlement arbitral et les rémunérations prévues par le bloc commun principal et le bloc commun complémentaire du nouvel accord national n'est autorisé (cf. supra I – B - 4).

Ce centre de santé peut bénéficier néanmoins du solde du versement des rémunérations prévues par ce contrat au titre de 2015, ainsi que du solde des options de coordination auxquelles il a adhéré sur la base de l'ancien accord.

III. Suivi des adhésions au nouvel accord et au contrat d'accès aux soins dentaires (CASD)

Afin de suivre périodiquement la montée en charge des adhésions à l'accord national et au contrat d'accès aux soins dentaires, une enquête-questionnaire sera mise en place auprès des caisses d'assurance maladie, via les DCGDR.

Au moment de l'adhésion du centre à l'accord national, une information lui sera apportée par la caisse, sur son éligibilité au CASD (au moins 20% des honoraires totaux dentaires perçus au titre des actes prothétiques et orthodontiques) et sur son taux de dépassement moyen observé sur la période du 1^{er} juillet 2014 au 30 juin 2015, afin de permettre aux centres de santé qui le souhaitent d'adhérer (cf. bulletin d'adhésion au contrat en annexe 4 de la présente circulaire).

IV. Actions d'accompagnement des centres de santé

Un dispositif d'information et d'accompagnement relatif à la mise en œuvre du présent accord, auprès des centres de santé par les caisses, sera mis en place prochainement.

Il sera présenté aux représentants des caisses lors de réunions nationales prévues les 3 et 4 novembre 2015 à la CNAMTS.

Les principes du dispositif d'accompagnement élaboré par la CNAMTS ont fait l'objet d'une présentation aux organisations représentatives des centres de santé, lors de la commission paritaire nationale du 24 septembre réunie selon les modalités des anciennes dispositions conventionnelles, dans l'attente de la publication du nouvel accord.

Calendrier de mise en œuvre de l'accord national

Un calendrier récapitulatif de mise en œuvre de l'accord national est joint en annexe 5 de la présente circulaire.

Cette circulaire est disponible sur le site « ameli.fr ».

ANNEXES :

Annexe 1 : Fiches explicatives par indicateur pour la rémunération spécifique des centres de santé

Annexe 2 : bulletin d'adhésion à l'accord national

Annexe 3 : bulletin d'adhésion aux contrats incitatifs

Annexe 4 : bulletin d'adhésion au CASD

Annexe 5 : calendrier prévisionnel de mise en œuvre des mesures de l'accord