

Envoyé en préfecture le 04/07/2022

Reçu en préfecture le 04/07/2022

Affiché le

SLOW

ID : 011-200035863-20220629-DE_2022_109-DE



Centres de Santé

Présentation de l'accord national

La santé progresse **avec vous**

 **L'Assurance
Maladie**

- **Signé le 8 juillet 2015** par l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé et l'assurance maladie, pour 5 ans
- Paru au journal officiel du 30 septembre 2015, il est entré en vigueur le **1^{er} octobre 2015**
- Complété par un avenant n°1, signé le 23 mai 2017 et publié au journal officiel du 17 novembre 2017

Objectifs de l'accord

- Améliorer la qualité des soins par une prise en charge coordonnée des patients
- Renforcer l'accès aux soins à tarif opposable, ou à tarif maîtrisé pour le dentaire
- Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales
- Pérenniser le financement des structures

Mesures essentielles de l'accord

- Affirmer les missions des centres de santé au travers d'une nouvelle rémunération forfaitaire spécifique aux centres de santé
- Valoriser l'activité de médecin traitant du centre de santé en transposant la rémunération sur objectifs de santé publique et les rémunérations forfaitaires des médecins traitants libéraux
- Favoriser l'accès aux soins dentaires par la création d'un contrat visant à maîtriser les dépassements des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques



Améliorer la qualité des soins par une prise en charge coordonnée des patients

Une nouvelle rémunération

Elle a pour objectif de permettre aux centres de santé d'optimiser leur organisation en renforçant notamment la coordination et les échanges d'information entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des patients

Qui peut bénéficier de cette rémunération ?

- Tous les centres de santé régis par l'accord national
- Cette rémunération n'est pas une option.

Que doit faire le centre de santé ?

- Aucune démarche particulière
- Remplir au minimum les engagements déterminés comme « socle et pré-requis »
- Le moment venu, fournir les données nécessaires ouvrant droit à la rémunération notamment par le remplissage de la plateforme gérée par l'ATIH (tous les ans et au plus tard avant le 26 janvier pour les indicateurs déclaratifs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et avant le 28 février pour les autres indicateurs).

Principe de la rémunération forfaitaire spécifique

- Elle est constituée :
 - d'un **bloc commun principal** et d'un **bloc commun complémentaire**,
 - d'engagements selon 3 axes :
 - **Axe 1 : Accès aux soins**
 - **Axe 2 : Travail en équipe/coordination**,
 - **Axe 3 : Echange/Système d'information**
- Ce cadre est identique pour les trois types de centres ; cependant, les engagements peuvent être spécifiques à chaque type de structures
- Il faut distinguer :
 - les **engagements « socle et pré-requis »**
 - les **engagements « optionnels »**
 - La **rémunération par points** en fonction du respect de ces engagements, mesurés par des indicateurs (rémunération fixe ou variable en fonction de la taille de la patientèle/ou du nombre d'ETP), qui peut être assortie de minoration.
 - Pour les centres de santé polyvalents ayant rempli leurs objectifs et ayant une forte activité dentaire ou infirmière (*les seuils de forte activité sont définis à l'article 7 de l'accord national*), des rémunérations supplémentaires propres à ces activités peuvent s'ajouter.

Des fiches pédagogiques par type d'indicateurs sont à disposition sur le site « ameli.fr »

Synthèse de la rémunération



Bloc commun principal (CDS méd/poly) : SOCLE ET PREREQUIS

Art. 8

Axe 1

ACCESSIBILITE (prérequis)

2 critères :

- **large amplitude des horaires d'ouverture** : 8h à 20h en semaine, le samedi matin , et pendant les congés scolaires ;
- **accès à des soins non programmés** : PS s'organisent pour recevoir les patients ayant besoin de soins non programmés ;

Axe 2

CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE

Organiser régulièrement des réunions de concertation pluri-professionnelles formalisées entre médecins et autres PS du centre

(6 réunions/an; doit concerner 5 % des patients médecins traitants du centre de santé présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans

PROTOCOLE PLURIPROFESSIONNEL

Elaboration en référence aux recommandations de la HAS pour la prise en charge et le suivi des patients concernés

FONCTION DE COORDINATION (prérequis)

Identification d'un responsable de la coordination (au sein du centre de santé (y compris professionnels de santé) ou recruté spécifiquement)

Axe 3

PARTAGE ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION (prérequis)

Mettre en place un système d'information conforme au CDC ASIP labellisé niveau standard

Bloc commun principal (CDS méd/poly) : SOCLE ET PREREQUIS

FOCUS : Modification issue de l'avenant 1

Art. 8.1
/8.3.4

➤ AXE « ACCES AUX SOINS » : ACCESSIBILITE DU CENTRE

- Indicateur « fonction de coordination » substantiellement valorisé et déplacé dans l'axe « TRAVAIL EN EQUIPE »
- Modification du nombre de points

Avant

(3 critères)

- Large amplitude horaire
- Accès à des soins non programmés
- Fonction de coordination

1200
points
fixes

Après

(2 critères)

- Large amplitude horaire
- Accès à des soins non programmés

800
points
fixes

➤ AXE « TRAVAIL EN EQUIPE » : NOUVEL INDICATEUR

Identification d'un responsable de la coordination (au sein du centre de santé (y compris professionnels de santé) ou recruté spécifiquement).

Missions de la fonction :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités.

700
points
fixes

Variable

1350 points (par tranche de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients,
puis 1 000 points (par tranche de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients

Bloc commun principal (CDS méd/poly) : SOCLE ET PREREQUIS

FOCUS : Modification issue de l'avenant 1 (suite)

Art.
8.4.1

➤ AXE « ECHANGE ET SYSTEME D'INFORMATION »

- Valorisation en fonction du nombre de professionnels de santé salariés au sein du centre de santé;

Avant

Mise en place d'un **système d'information** conforme au cahier des charges de l'ASIP santé labellisé de **niveau 1** au plus tard au 31/12/2016.

Les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient



850
points
fixes



1 500
points
variables
(patientèle)

Après

Mise en place d'un **système d'information** pluri-professionnel labellisé par l'ASIP santé de **niveau « standard »**.

Il intègre les fonctionnalités minimales nécessaires au fonctionnement d'un centre de santé. (Liste des logiciels labellisés : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation>).

Les dossiers informatisés des patients doivent être partagés au moyen d'habilitations différenciées entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient



500
points
fixes



Variable
200 points (jusqu'à 16 professionnels salariés)
puis 150 points (au-delà de 16 professionnels salariés)

- Modification des termes « ASIP 1 » ou « ASIP 2 » par système d'information pluri-professionnel labellisé a minima par l'ASIP santé de **niveau « standard »** ou de **niveau « avancé »**.

Bloc commun principal (CDS méd/poly) : OPTIONNEL

Art. 8

Axe 1

MISSION DE SANTE PUBLIQUE

Réalisation de missions parmi la liste des thèmes en annexe 5 de l'accord ou en cohérence avec le projet régional de santé

(max. 2; 1 suppl. si forte activité dentaire ou IDE)

DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS

Organisation consultation de 2nd recours ou accès SF ou CD ; offre diversité services

(4 niveaux)

ACCUEIL CST

par un centre de santé médical ou polyvalent d'un médecin salarié émanant d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale.

Axe 2

CONCERTATION PLURIPROFESSIONNELLE

(CDS polyvalent ayant une forte activité dentaire)

Organisation de réunions coordination entre chirurgiens-dentistes du centre portant sur l'organisation des soins ou l'examen de dossier complexe

(3 réunions/an)

FORMATION DES JEUNES PS

(2 max.; 1 suppl. si forte activité dentaire ou IDE)

COORDINATION EXTERNE

Mettre en place une procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les PS extérieurs au CDS

(1 contrat avec EHPAD si forte activité dentaire)

Axe 3

PARTAGE ET STRUCTURATION DE L'INFORMATION

(CDS polyvalent ayant une forte activité dentaire)

Tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le système d'information du centre

SYSTÈME D'INFORMATION PLURIPROFESSIONNEL

Disposer d'un système d'information conforme CDC ASIP labellisé niveau avancé

Bloc commun principal (CDS méd/poly) : OPTIONNEL

FOCUS : Modification issue de l'avenant 1

Art.
8.5.1
/8.5.2

➤ AXE « ACCES AUX SOINS » : DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS

- **250 points : valorisation** des critères « consultation de spécialiste » et « diversité de services de soins » **au même niveau**
- Les consultations de spécialistes doivent représenter soit 2 jr/mois en moyenne (contre 1jr/semaine précédemment) ou au moins 0,5 ETP

➤ AXE « TRAVAIL EN EQUIPE » : CONCERTATION PLURI-PROFESSIONNELLE

- **Modifications des thèmes** (ex: patients obèses, grossesses à risque et grossesses évoluant dans un environnement psychosocial difficile, ...)
- Modification des engagements

Avant

Concertation formalisée et régulière

- 1 réunion/mois en moyenne
- 3% des patients du centre de santé

Après

Concertation formalisée et régulière

- 6 réunions/ an
- Nombre de dossiers doit correspondre à 5% des patients médecins traitants du centre de santé présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.

Bloc commun principal (CDS méd/poly) : OPTIONNEL

FOCUS : Modification issue de l'avenant 1 (suite)

Art.
8.5.1
/8.5.2

➤ AXE « ACCES AUX SOINS » : DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS

- **250 points : valorisation** des critères « consultation de spécialiste » et « diversité de services de soins » **au même niveau**
- Les consultations de spécialistes doivent représenter soit 2 jr/mois en moyenne (contre 1jr/semaine précédemment) ou au moins 0,5 ETP

➤ AXE « ACCES AUX SOINS » : NOUVEL INDICATEUR

Accueil par un centre de santé médical ou polyvalent d'un médecin salarié émanant d'un autre centre de santé ayant souscrit un contrat de solidarité territoriale.

Cet indicateur est également applicable au centre de santé dentaire ou infirmier qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent au sens FINESS du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP de médecin généraliste salarié

↓
200
points
fixes

Bloc commun complémentaire (CDS méd/poly)

Axe 1

ACCOMPAGNEMENT DE PUBLICS VULNERABLES

- *coordination médico-administrative*
- *orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins 1 convention signée*
- *prise en compte des difficultés linguistiques*

INFORMATION DU PUBLIC

affichage sur le site "Annuaire santé" des horaires d'ouverture et des modalités d'organisation du centre de santé

Axe 2

DEMARCHE QUALITE

*réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS – RNOGCS
(4 niveaux de rémunération)*

Axe 3

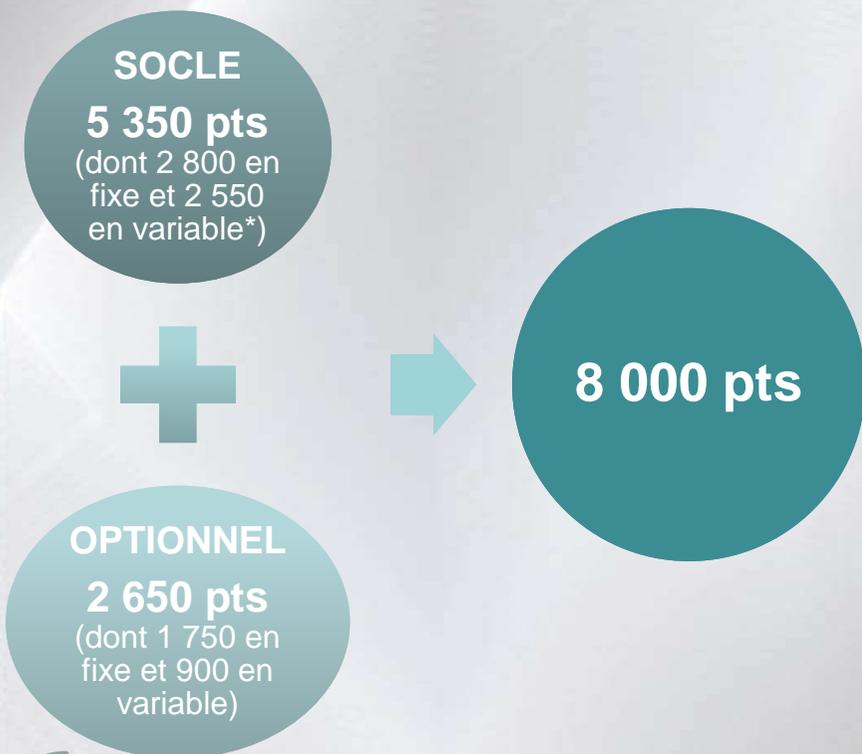
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES

- *Télétransmission (aide pérenne)*
- **SCOR**
- *mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices*

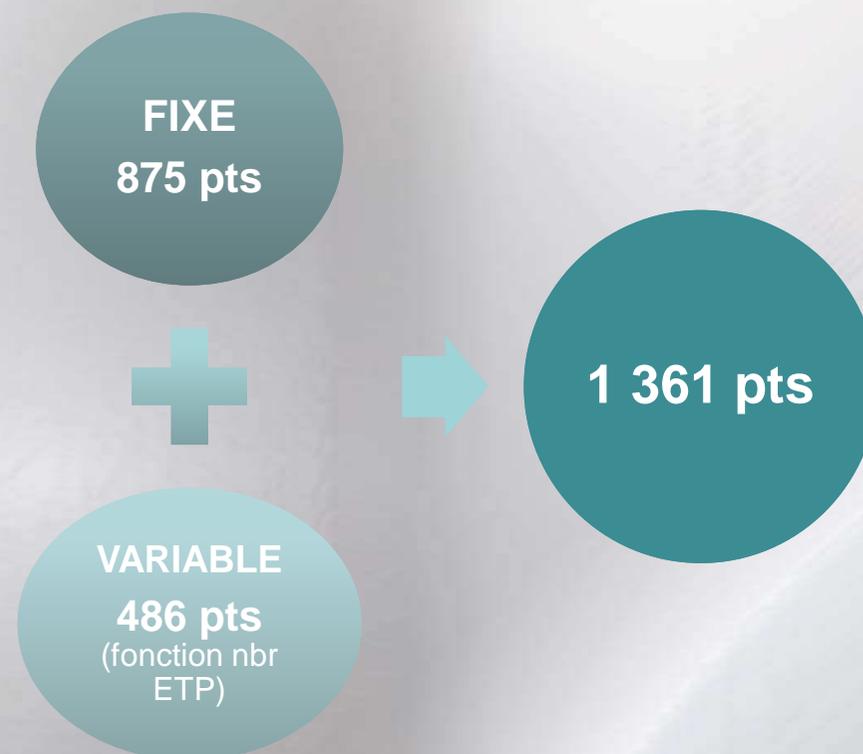
L'avenant 1 a supprimé l'indicateur « Synthèse médecin traitant » - AXE 3

Points attribués (CDS méd/poly)

Bloc commun principal :



Bloc commun complémentaire (optionnel) :



Si forte activité infirmière = 425 pts supplémentaires
Si forte activité dentaire = 1 275 pts supplémentaires

*pour 1 ETP (SI) et 4 000 patients (fonction de coordination)

Bloc commun principal (CDS infirmier) : SOCLE ET PREREQUIS

Axe 1

ACCESSIBILITE (prérequis)

1 critère :

- **accès à des soins programmés et non programmés** : accès à des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365. L'astreinte de nuit n'est pas prévue sauf pour les soins programmés déjà intégrés dans la prise en charge.

Axe 2

CONCERTATION PROFESSIONNELLE

Organiser régulièrement des réunions de concertation entre infirmiers et en présence de l'infirmier en charge de la coordination portant sur l'organisation interne des soins ou sur l'élaboration et le suivi de protocoles de prise en charge.

(6 réunions/an)

COORDINATION EXTERNE

4 critères:

- **procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers PS extérieurs au CDS et vers services et ETB sanitaires et médico-sociaux**
- **conventions avec au moins 2 ETB sanitaires ou médico-sociaux**
- **réalisation d'un répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociale**
- **retour infos MT sur la vaccination antigrippale**

FONCTION DE COORDINATION (prérequis)

identification d'un responsable chargé de la coordination, l'organisation de l'accueil, la gestion des plannings, ...

Axe 3

Art. 8

SYSTÈME D'INFORMATION (prérequis)

- **tenue dossier infirmier informatisé structuré partagé** entre PS du CDS
- **utilisation solutions mobiles d'accès au dossier** depuis le domicile,
- **évolutivité et interopérabilité du système**

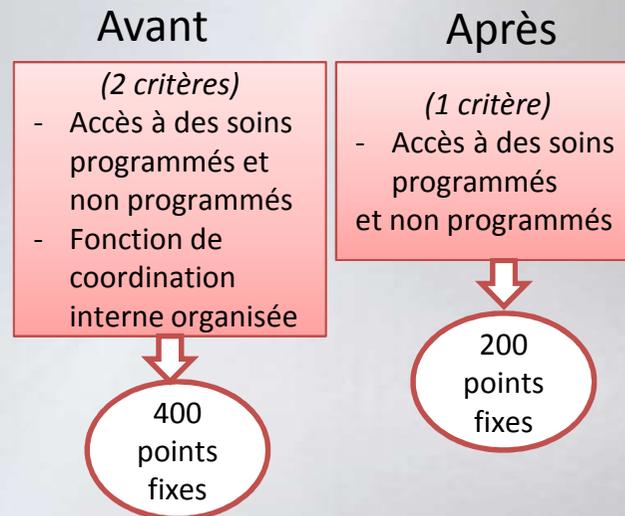
Bloc commun principal (CDS infirmier) : SOCLE ET PREREQUIS

FOCUS : Modification issue de l'avenant 1

Art. 8.1
/8.3.4

➤ AXE « ACCES AUX SOINS » : ACCESSIBILITE DU CENTRE

- Indicateur « fonction de coordination » déplacé dans l'axe « TRAVAIL EN EQUIPE »
- Modification du nombre de points



➤ AXE « TRAVAIL EN EQUIPE » : NOUVEL INDICATEUR



Bloc commun principal (CDS infirmier) : OPTIONNEL

Art. 8

Axe 1

MISSION DE SANTE PUBLIQUE

Relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou promotion de la santé (2 max.) (annexe 5)

Axe 2

FORMATION DES JEUNES PS

(1 stage/an)

Bloc commun complémentaire (CDS infirmier)

Axe 1

ACCOMPAGNEMENT DE PUBLICS VULNERABLES

- *coordination médico-administrative*
- *orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins 1 convention signée*
- *prise en compte des difficultés linguistiques*

INFORMATION DU PUBLIC

affichage sur le site "Annuaire santé" des horaires d'ouverture et des modalités d'organisation du centre de santé

Axe 2

DEMARCHE QUALITE

*réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS – RNOGCS
(4 niveaux de rémunération)*

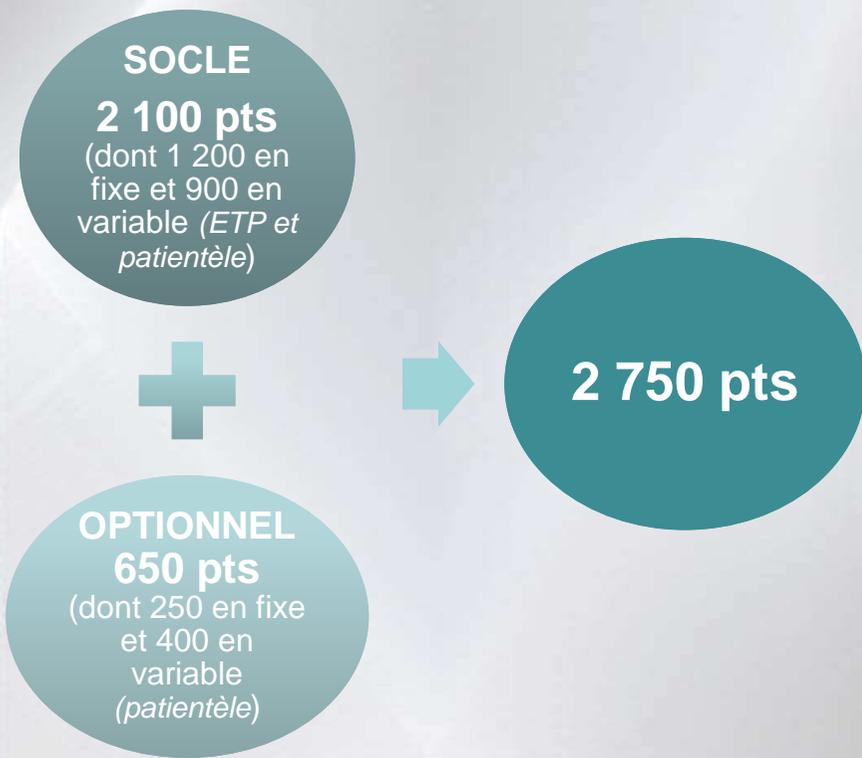
Axe 3

TELETRANSMISSION ET TELESERVICES

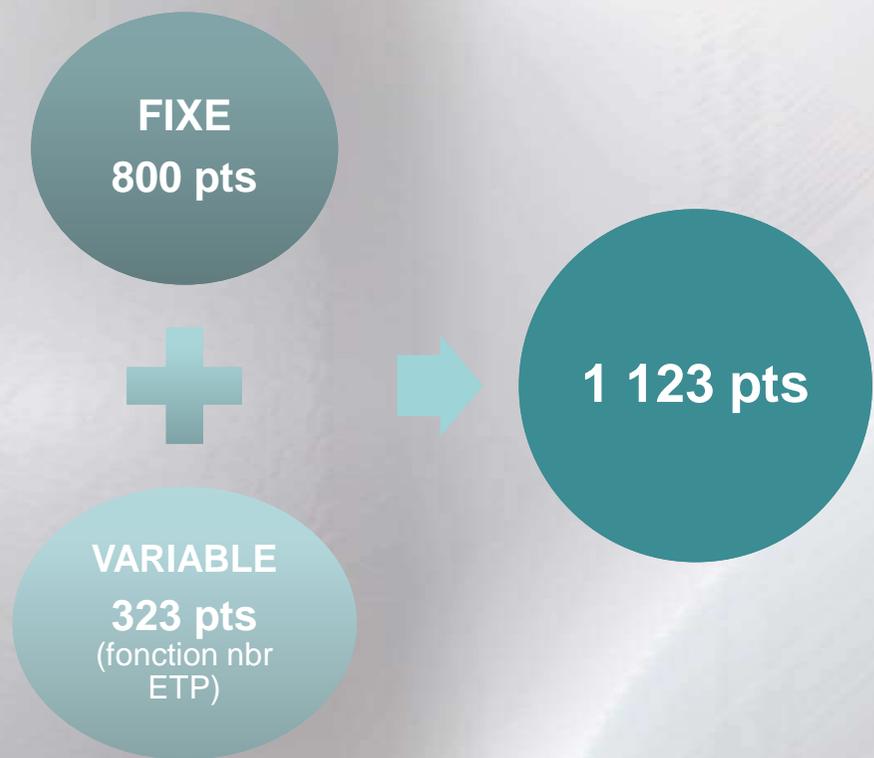
- *Télétransmission (aide pérenne)*
- **SCOR**

Points attribués (CDS infirmier)

Bloc commun principal :



Bloc commun complémentaire (optionnel) :



Bloc commun principal (CDS dentaire) : SOCLE ET PREREQUIS

Axe 1

ACCESSIBILITE (prérequis)

2 critères :

- **large amplitude des horaires d'ouverture** : 8h à 20h en semaine, le samedi matin, et pendant les congés scolaires ;
- **accès à des soins non programmés** : PS s'organisent pour recevoir les patients ayant besoin de soins non programmés ;

Axe 2

CONCERTATION PROFESSIONNELLE

Concertation entre chirurgien-dentiste du centre de santé sur l'organisation interne des soins ou sur des dossiers de patients complexes
(3 réunions/an)

FONCTION DE COORDINATION (prérequis)

Identification d'un responsable de la coordination (au sein du centre de santé (y compris professionnels de santé) ou recruté spécifiquement)

Axe 3

Art. 8

SYSTÈME D'INFORMATION (prérequis)

- **Tenue d'un dossier dentaire informatisé et structuré**
- **évolutivité et interopérabilité du système**

Bloc commun principal (CDS dentaire) : SOCLE ET PREREQUIS

FOCUS : Modification issue de l'avenant 1

Art. 8.1
/8.3.4

➤ AXE « ACCES AUX SOINS » : ACCESSIBILITE DU CENTRE

- Indicateur « fonction de coordination » valorisé et déplacé dans l'axe « TRAVAIL EN EQUIPE »
- Modification du nombre de points

Avant

(3 critères)

- Large amplitude horaire
- Accès à des soins non programmés
- Fonction de coordination

600
points
fixes

Après

(2 critères)

- Large amplitude horaire
- Accès à des soins non programmés

400
points
fixes

➤ AXE « TRAVAIL EN EQUIPE » : NOUVEL INDICATEUR

Identification d'un responsable de la coordination (au sein du centre de santé (y compris professionnels de santé) ou recruté spécifiquement).

Missions de la fonction :

- Animation de la coordination interprofessionnelle,
- Coordination des parcours et des dossiers patients,
- Suivi de l'utilisation du système d'information (SI) et organisation du travail de production des données de santé,
- Relation avec les institutions (organisme d'assurance maladie, agence régionale de santé, ...) ou collectivités.

200
points
fixes

Bloc commun principal (CDS dentaire) : OPTIONNEL

Axe 1

MISSION DE SANTE PUBLIQUE ou BILAN BUCCO-DENTAIRE

- mission répondant à des **spécificités territoriales** et aux **objectifs du projet régional de santé** (1 max.)
- ou réalisation de **bilans bucco-dentaires** aux personnes âgées, diabétiques ou handicapées dans le cadre de partenariats

Axe 2

FORMATION DES JEUNES PS

(1 stage/an)

COORDINATION EXTERNE

- **contractualisation avec EHPAD ou ETB santé ou médico-social** (2 max.)
- **et proposer un bilan bucco-dentaire à 100% des nouveaux patients et réaliser au moins 80% de bilan**

Bloc commun complémentaire (CDS dentaire)

Axe 1

ACCOMPAGNEMENT DE PUBLICS VULNERABLES

- *coordination médico-administrative*
- *orientation vers les acteurs et structures sanitaires, médico-sociaux ou sociaux de proximité adaptés, avec au moins 1 convention signée*
- *prise en compte des difficultés linguistiques*

INFORMATION DU PUBLIC

affichage sur le site "Annuaire santé" des horaires d'ouverture et des modalités d'organisation du centre de santé

Axe 2

DEMARCHE QUALITE

réalisation d'une auto-évaluation et d'un Plan d'Amélioration de la Qualité sur la base du référentiel HAS – RNOGCS
(4 niveaux de rémunération)

Axe 3

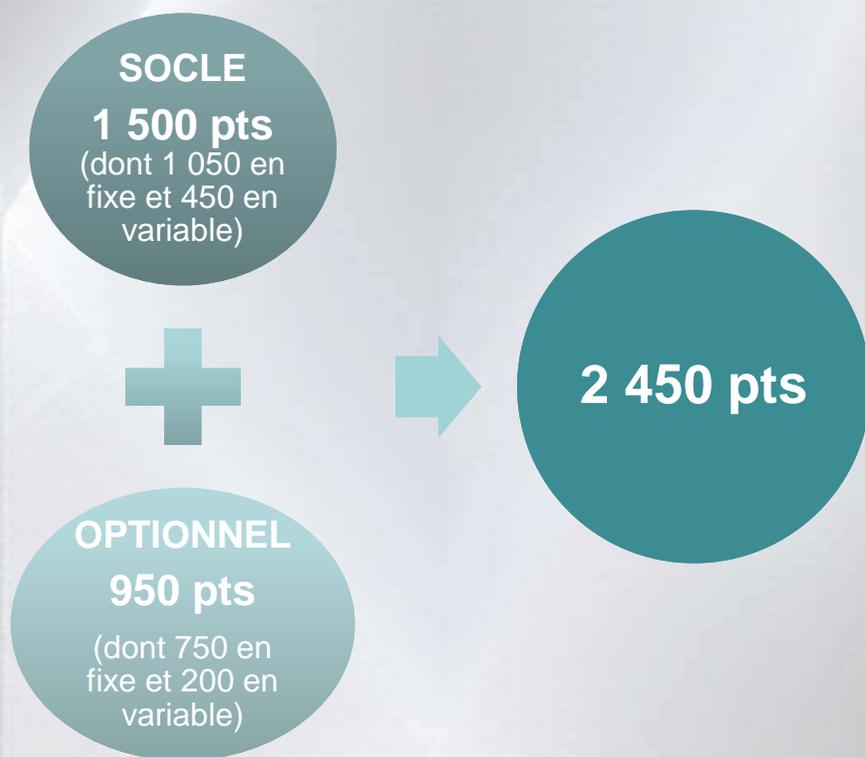
TELETRANSMISSION ET TELESERVICES

- *Télétransmission*
(aide pérenne)

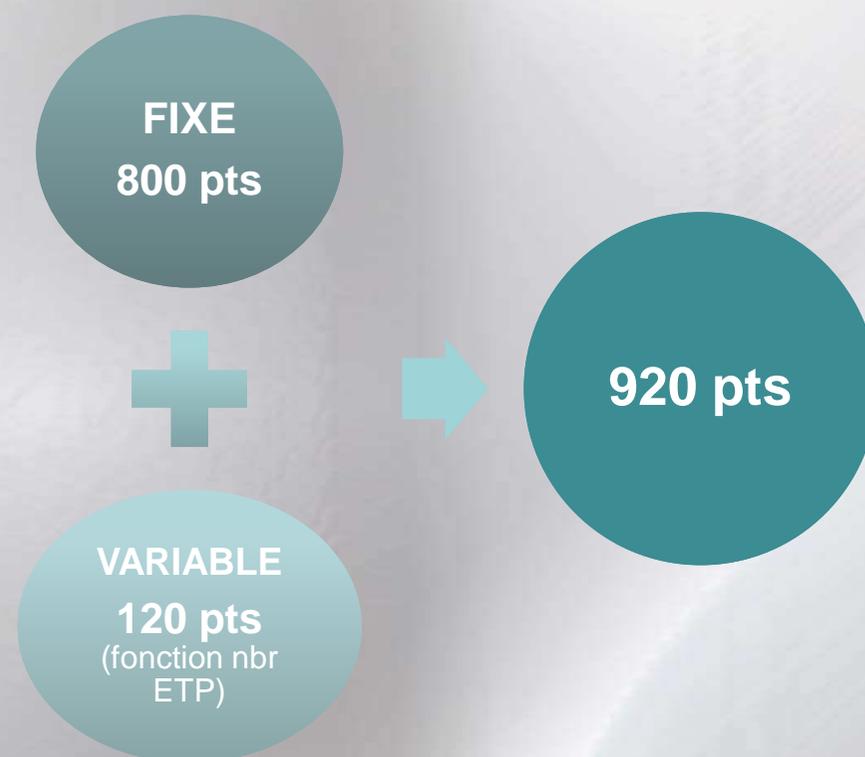
Points attribués (CDS dentaire)

ART. 15
- 16

Bloc commun principal :



Bloc commun complémentaire (optionnel) :



Calcul de la rémunération forfaitaire spécifique aux CDS : principe

- Le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100%,
- La valeur du point est fixée à **7 €**,
- Pour la partie variable de la rémunération, le nombre de points est établi pour une patientèle de référence moyenne de :
 - **4 000 patients** pour les centres de santé médicaux ou polyvalents (ou selon le nombre de PS salariés pour l'indicateur système d'information) ;
 - **2 600 patients** pour les centres de santé dentaires (ou forte activité dentaire des polyvalents) ;
 - **450 patients** pour les centres de santé infirmiers ou selon le nombre d'ETP.
- La rémunération peut être majorée en fonction du **taux de précarité des patients** du centre de santé, plafonné à **25%**,
- Des minorations et dérogations sont prévues

Art.
13

Calcul de la rémunération forfaitaire spécifique : minoration

15.5

Le centre de santé médical ou polyvalent ou dentaire doit respecter une amplitude horaire d'ouverture du centre pour bénéficier de la rémunération. Il s'agit bien de l'amplitude d'ouverture du centre et non de l'amplitude des horaires des consultations et des soins.

Si le centre ne parvient pas à organiser l'amplitude horaire prévue par l'accord, sa rémunération est minorée.

Quelles sont ces minoration ?

- Ouverture entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin => -60 pts (CDS médicaux ou polyvalents) -30 pts (CDS dentaires);
- Ouverture entre 8h et moins de 10h par jour en semaine et le samedi matin => -150 pts (CDS médicaux ou polyvalents) -70 pts (CDS dentaires);
- Fermeture le samedi => -120 pts (CDS médicaux ou polyvalents) -50 pts (CDS dentaires);
- Fermeture au maximum pendant 3 semaines (congés scolaires) => -30 pts (CDS médicaux ou polyvalents) par semaine de fermeture, -20 pts (CDS dentaires);

Les deux derniers critères sont cumulables avec l'un des deux premiers.

Par exemple un centre ouvert 11h en semaine et fermé le samedi subit une minoration de $30 + 50 = 80$ points pour le dentaire, et $60 + 120 = 180$ points pour le polyvalent

Calcul de la rémunération forfaitaire spécifique : minoration

Art.
15.5

Le centre de santé médical ou polyvalent sans activité paramédicale peut remplir le critère de la concertation professionnelle avec une minoration de sa rémunération.

Quelles sont ces minoration ?

- Critère rempli lorsque la concertation n'a lieu qu'entre médecins ou professions médicales (méd., CD, SF) du centre => -250 pts
- Critère rempli lorsque les réunions de concertation sont organisées entre les médecins du centre et des auxiliaires médicaux extérieurs au centre => -150 pts

Rémunération forfaitaire spécifique : modalités de versement

Art.
18

Quelle est la date de versement de la rémunération ?

- Fin avril de l'année N : une avance de 60% du montant du bloc commun principal et complémentaire sur la base des résultats obtenus en N-1;
- Fin avril de l'année N+1 : le solde de la rémunération (*40% au maximum si tous les objectifs sont atteints*).

Centres de santé nouvellement créés:

- Versement d'une avance correspondant au montant moyen de l'avance versée aux CDS (selon la spécialité) en année N-1;
- et ce, dans les 2 mois à compter de la date à laquelle le CDS commence à être régi par l'accord national

Rémunération forfaitaire spécifique : modalités de versement

Art.
17

Quels justificatifs doit transmettre le centre ?

Chaque fiche indicateur liste le ou les justificatif(s) à transmettre.

A quelle date ?

Avant le 28 février de l'année N+1.

Comment ?

L'ensemble des indicateurs nécessaires au calcul de la rémunération sont issus des déclarations des centres de santé (notamment des données saisies sur la plateforme gérée par l' ATIH), ou des données dont dispose l'Assurance Maladie.

Envoyé en préfecture le 04/07/2022

Reçu en préfecture le 04/07/2022

Affiché le

SLOW

ID : 011-200035863-20220629-DE_2022_109-DE



Valoriser la qualité et l'efficacité des pratiques médicales

La santé progresse **avec vous**

 **l'Assurance
Maladie**

Transposition des rémunérations forfaitaires des médecins libéraux

- Le nouvel accord valorise le rôle du centre de santé dont l'un des médecins a été désigné comme « médecin traitant ».
- Ainsi, le centre de santé peut bénéficier de l'ensemble des rémunérations « médecin traitant » des libéraux :
 - **SOPHIA** : les médecins des centres de santé sont incités à inscrire leurs patients au programme; Rémunération pour leurs patients inscrits (1C).
 - **Jusqu'au 31/12/2017**
 - **RMT** : Rémunération spécifique pour les patients en ALD ayant choisi un médecin exerçant dans le centre comme médecin traitant (soit 40€/an/patient)
 - **RST** : rémunération spécifique pour le suivi des patients qui ne relèvent plus d'une ALD (suivi post ALD) mais en situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.160-14 10° css (soit 40€/an/patient)
 - **FMT** : Rémunération forfaitaire annuelle pour la prise en charge de patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD (soit 5€/an/patient).
 - **MPA** : (majoration personne âgées versée pour chaque consultation ou visite effectuée auprès des personnes âgées de 80 ans et plus) : tout médecin et pas seulement MT

Transposition des rémunérations forfaitaires des médecins libéraux

23.3

➤ A compter de 2018

- Forfait patientèle :
 - Remplacera les forfaits FMT/RMT/RST;
 - Indexé sur la patientèle MT et ses caractéristiques (âge, pathologie, précarité);
 - Un patient correspondant à plusieurs catégories sera pris en compte dans la situation la plus avantageuse pour le médecin (ex : patients de moins de 6 ans en ALD > prise en compte comme « Personne en affection de longue durée »)

Caractéristique du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6€
Patient de 7 à 79 ans, hors affection longue durée	5€
Patient en affection longue durée	42€
Personne âgée de 80 ans et plus	42€
Personne âgée de 80 ans et plus et en affection de longue durée	70€

- MPA (majoration personne âgées versée pour chaque consultation ou visite effectuée auprès des personnes âgées de 80 ans et plus) : versée uniquement au CDS pour les patients ne l'ayant pas choisi comme MT

Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)

- Ce nouveau mode de rémunération des médecins libéraux est ainsi transposé aux centres de santé adhérant au nouvel accord.

De quoi s'agit-il ?

- Il s'agit d'une rémunération complémentaire au paiement à l'acte qui reste le socle de la rémunération.
- Elle vise à favoriser l'amélioration de la qualité de la pratique en l'appréciant au travers d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle
- Elle donne au centre de santé les moyens de valoriser les efforts de ses médecins vers des objectifs d'amélioration de santé publique.

Qui peut en bénéficier ?

- Les centres de santé médicaux ou polyvalents pour lesquels au moins un médecin salarié a été choisi comme « médecin traitant »
- Les centres de santé infirmiers ou dentaires salariant un ou plusieurs médecins généralistes

Quand ?

- Le dispositif est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

■ La nouvelle ROSP du médecin traitant de l'adulte (≥ 16 ans)

Augmentation du nombre d'indicateurs

Le nombre d'indicateurs de pratique clinique pour les médecins traitants passe de **24 à 29** :

- Suivi des pathologies chroniques : 8 indicateurs contre 9 en 2011,
- Prévention : 12 indicateurs contre 8 en 2011,
- Efficience : 9 indicateurs contre 7 en 2011.

Parmi ces 29 indicateurs ,**17 sont nouveaux**.

4 indicateurs (au lieu de 5 dans la convention 2011) sont déclaratifs

Augmentation du nombre de points

Le nombre de points alloués augmente et passe à **940 contre 900** précédemment :

- 220 points pour le suivi des pathologies chroniques
- 390 points pour les indicateurs de prévention (+30%)
- 330 points pour les indicateurs portant sur l'efficience des prescriptions

Une valorisation complémentaire maximale de 60 points est prévue sur le volet efficience, portant le total des points à 1 000

Les nouveaux indicateurs ROSP du médecin traitant de l'adulte

Thème	Sous-thème	Indicateurs	Objectif cible	Points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	≥ 93%	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	≥ 77%	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 61%	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)	≥ 95%	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	≥ 14%	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)	≥ 95%	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	≥ 61%	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	≥ 95%	30

Les nouveaux indicateurs ROSP du médecin traitant de l'adulte (suite)

Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	≥ 75%	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	≥ 75%	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	≥ 80%	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	≥ 80%	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	≥ 70%	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 (≥ 2) psychotropes prescrits (hors anxiolytiques)	0%	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotiques et dont la durée de traitement est > 4 semaines	≤ 24%	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines	≤ 7%	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	14	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones) .	≤ 27%	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	≥ 75%	20
		Part des patients MT consommateurs excessifs d'alcool ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier (déclaratif)	≥ 75%	20

Les nouveaux indicateurs ROSP du médecin traitant de l'adulte (suite)

Efficienc	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 97%	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 92%	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94%	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 86%	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire-	≥ 55%	10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	≥ 20%	30
	Efficienc des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	≥ 94%	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	≥ 93%	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	≥ 99%	45

La ROSP du médecin traitant de l'enfant

Qui est concerné ?

- Les médecins traitants généralistes et pédiatres des centres de santé
- Les patients âgés de moins de seize ans.

10 indicateurs, dont 3 déclaratifs,
répartis en deux champs :

- suivi des pathologies chroniques
- prévention

**Avec 8 indicateurs, la prévention
représente le champ principal des
indicateurs**

**Total des indicateurs du MT de l'enfant
305 points**
pour une patientèle moyenne
de 600 patients

La ROSP MT de l'enfant – Récapitulatif des indicateurs

Thème	Sous-thèmes	Indicateurs	Objectif cible	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou anti leucotriènes	≥ 80%	35
		Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle	≥ 71%	35
Prévention	Obésité	Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (Déclaratif)	≥ 95%	20
	Vaccination	Part des patients MT de moins de 2 ans ayant reçu deux doses de vaccin ROR	≥ 87%	35
		Part des patients MT de moins de 18 mois ayant reçu une dose de vaccin anti méningocoque C	≥ 90%	35
	Antibiorésistance	Part des patients MT de moins de 4 ans traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de moins de 4 ans traités par antibiotiques	≤ 3%	35
		Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3 ^e ou 4 ^e génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	≤ 2%	35
	Dépistage des troubles sensoriels	Part des patients MT de moins d'un an ayant eu un dépistage clinique des troubles visuels et auditifs (Déclaratif)	≥ 95%	20
	Dépistage des troubles des apprentissages	Part des patients MT de 3 à 5 ans ayant eu un dépistage de troubles du langage au moyen d'un test adapté (ERTL4 ou autre) (Déclaratif)	≥ 95%	20
Suivi bucco-dentaire	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme MT dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire	≥ 86%	35	
Total				305

Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)

annexe 25

Modalités de calcul

Dès 2018, le dispositif sera fondé sur un total de 1 000 points au titre de la ROSP MT 16 ans et plus, et 305 points au titre de la ROSP MT moins de 16 ans.

- À l'issue de chaque année, l'Assurance maladie verse une rémunération qui tient compte :
 - du niveau atteint pour chaque indicateur par rapport aux objectifs du dispositif (objectif cible et intermédiaire)
 - de la progression.
- Pour chaque indicateur, le dispositif définit un nombre de points au maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible 100 %.
- Proratisation à la patientèle Médecin Traitant

Envoyé en préfecture le 04/07/2022

Reçu en préfecture le 04/07/2022

Affiché le

SLOW

ID : 011-200035863-20220629-DE_2022_109-DE



Renforcer l'accès aux soins

La santé progresse **avec vous**

 **L'Assurance
Maladie**

Contrat d'accès aux soins dentaires (CASD)

Art. 21
(annexes
20-21)

- Ce contrat a pour objectif de favoriser l'accessibilité aux soins dentaires tout en veillant à l'équilibre financier des centres de santé dentaires ou polyvalents et à préserver la multiplicité des publics.

Qui peut y adhérer ?

- les centres de santé dentaires ou polyvalents ayant une activité dentaire ;
- les centres dont le taux : honoraires des actes prothétiques et orthodontiques/honoraires dentaires totaux est supérieur ou égal à 20% .

Contrat d'accès aux soins dentaires

(annexes
20-21)

Quelles sont les obligations du centre de santé pendant la durée du contrat (trois ans)?

Le centre doit limiter son taux moyen de dépassement

- ⇒ Si le taux de dépassement moyen pratiqué du 01/07/2014 au 30/06/2015 est inférieur à 230% des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques, le centre de santé doit a minima maintenir son taux pendant trois ans
- ⇒ Si le taux de dépassement moyen est supérieur, le centre doit baisser son taux à 230%, voire plus bas, et le maintenir pendant trois ans ;

Quelle que soit la date d'adhésion (2016, 2017, 2018, ...), la référence pour le centre de santé pour la fixation des engagements sera toujours la période du 01/07/2014 au 30/06/2015 .

Contrat d'accès aux soins dentaires

Annexe
20

Quel montant le centre de santé perçoit-il ?

Si le centre remplit ses engagements, il bénéficie d'une rémunération forfaitaire d'un montant égal à un % de ses honoraires sans dépassements réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux durant l'année civile N (*l'année N correspond au 2^{ème} semestre de l'année N et au 1^{er} semestre de l'année N+1*).

- La caisse verse au centre de santé :
 - **5%** des honoraires observés pour la 1^{ère} année,
 - **5,5%** des honoraires observés pour la 2^{ème} année,
 - et **6%** des honoraires observés la 3^{ème} année.

Le versement intervient au cours du 2^{ème} semestre de l'année N+1.

Renforcer le rôle des centres de santé dans les programmes de prévention

Art.
22.1 à
22.2

- L'accord national vient reconnaître le rôle des centres de santé dans ce domaine en les intégrant dans les dispositifs de prévention instaurés pour les professionnels de santé libéraux :
 - Tels que le dépistage du cancer du sein, les programmes de vaccination, ...
 - L'Assurance Maladie met à disposition du centre de santé des dispositifs de dépistage notamment dans le cadre du cancer colorectal, des tests de diagnostic rapide de l'angine (TDR) ou encore des appareils d'automesure tensionnelle (AMT),
 - Le champ de la prévention bucco-dentaire est élargi avec l'intégration de l'examen bucco-dentaire à destination des femmes enceintes (dès le 1^{er} avril 2016),
 - Enfin, les médecins des centres de santé sont incités à inscrire leurs patients au programme d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques « SOPHIA ».

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

Art.
19

Quels sont les centres de santé éligibles ?

- Afin d'équilibrer l'offre de soins sur le territoire, l'accord national met à la disposition des centres de santé des contrats incitatifs visant à favoriser le maintien et l'installation en zone déficitaire.
- les centres de santé qui s'installent en zone sous dense ou qui y sont déjà implantés.
- les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire ou infirmier peuvent cumuler les différents contrats, dès lors qu'ils sont situés en zone sous dense définie pour chacune des spécialités concernées.
- les centres de santé infirmiers ou dentaires installés en zones sous-denses demandant la modification de leur spécialité en CDS polyvalent (au sens du FINESS) du fait de l'intégration d'un ou plusieurs MG salariés (pour le contrat d'aide à l'installation et le contrat de stabilisation et de coordination des CDS médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée).

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

Annexe
8

« Contrat incitatif centres de santé médicaux ou polyvalents » (contrat applicable dans l'attente de la publication des contrats types régionaux publiés par les ARS prévus dans l'avenant 1 à l'accord national)

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat ?

- justifier d'une activité médicale réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans la zone déficitaire concernée ;
- être installé ou s'installer dans la zone pendant 3 ans ;
- assurer la continuité des soins (permanence des soins).

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- 5 000€/an/ETP médecins exerçant au sein du centre de santé ;
- aide à l'activité correspondant à 10% de l'activité médicale (C+V) du centre de santé dans la limite de 20 000€/an/ETP médecin.

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

« **Contrat d'aide à l'installation des CDS médicaux ou polyvalents en zone sous-dotée** »

Contrat applicable une fois les contrats types régionaux définis dans l'avenant 1 à l'accord publiés

Art. 19.1 et
Annexe 10
bis

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat ?

- S'implanter et maintenir une offre dans la zone sous dense pendant 5 ans
- participer à la PDSA ;

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- 30 000 €/ETP médecin généraliste salarié pour le 1er ETP puis 25 000€ pour les 2ème et 3ème ETP rémunérés (plafond fixé à 3 ETP)
- versement en 2 fois : 50% à la signature du contrat et 50% à la date du premier anniversaire du contrat
- modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20%

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

« Contrat de stabilisation et de coordination pour les CDS médicaux ou polyvalents »

Contrat applicable une fois les contrats types régionaux définis dans l'avenant 1 à l'accord publiés

Art. 19.2
et annexe
10 ter

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat ?

- être implanté en zone sous dense
- appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS définie à l'article L. 1434-12 CSP) ou à une équipe de soins primaire (ESP définie à l'article L. 1411-11-1 CSP)

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- 5 000€/an/ETP médecin salarié
- Pour le centre de santé médical et polyvalent nouvellement ouvert (à compter de sa 2ème année d'ouverture) et pour le centre de santé infirmier ou dentaire installé en zones sous-denses ayant demandé (2 ans plus tôt) la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent (au sens du FINESS) : 5 000€/an/ETP médecin salarié dans la limite de 2 ETP pour les nouveaux postes de médecins salariés
- modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20%

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

« Contrat de solidarité territoriale des CDS médicaux ou polyvalents » Contrat applicable une fois les contrats types régionaux définis dans l'avenant 1 à l'accord publiés

Art. 19.3 et
Annexe 10
quater

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat ?

- ne pas être implanté en zone sous dense
- au moins 1 des médecins salariés du centre de santé réalise une partie de son activité (au moins 10 jours par an) dans un autre centre de santé installé dans une zone sous-dense

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (activité réalisée dans le centre implantée dans la zone sous dense) du ou des médecins salariés mis à disposition dans la limite de 20 000€/an/ETP médical
- prise en charge des frais de déplacement
- Versement aux centres mettant à disposition un ou plusieurs médecins salariés
- modulation régionale de l'aide possible : majoration de l'aide dans la limite de 20%

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

Annexes
11 et 12

« Contrat incitatif centre de santé infirmier » :

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat ?

- utiliser les moyens de télétransmission pour au minimum 80% de son activité (FSE) ;
- réaliser 2/3 de son activité auprès de patients résidant dans la zone « très sous-dotée » ;
- transmettre le nombre moyen d'ETP infirmiers exerçant dans le centre de santé.

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- 3 000€/an/ETP infirmier exerçant au sein du centre de santé ;
- 3% des honoraires sans dépassement, liés à l'activité infirmière du CDS

Améliorer l'accès aux soins de proximité : préserver l'offre de soins

« Contrat incitatif centres de santé dentaires »

Annexe
14

Que doit faire le centre de santé signataire du contrat ?

- soigner à titre principal des patients résidant dans la zone « très sous-dotée »
- télétransmettre ses factures en mode SESAM-Vitale pour 75% de son activité

Quels sont les avantages du centre de santé ?

- **Pour l'option 1** (*uniquement pour les centres de santé qui viennent de s'installer*)
 - Il perçoit une participation de 15 000€ pour son équipement professionnel versée en une seule fois au cours du mois suivant l'adhésion.
- **Pour l'option 2** (*déjà installé*)
 - Il bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 2% des honoraires sans dépassements liés à l'activité dentaire du CDS.

Le centre de santé éligible à l'option 1 est également éligible à l'option 2.

Améliorer l'accès aux soins de proximité : permanence des soins

La permanence des soins ambulatoires

Art.
20.1

« *La permanence des soins en médecine ambulatoire correspond à la réponse à la demande de soins non programmés, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé.* »

- Dispositif organisé par les ARS

Qui peut y participer et bénéficier des rémunérations ?

- Les médecins salariés des centres de santé mentionnés sur le tableau de permanence des soins et inscrits sur le tableau tenu par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ;
- Deux modes de participation :
 - à la régulation : réponse aux appels des patients contactant le centre 15 ou le numéro dédié dans la région et conseils et/ou orientation en fonction de leur situation;
 - réalisation d'astreinte dans un territoire de permanence des soins.

Que perçoit le centre de santé ?

- Montant plancher fixé par arrêté du 20/04/11 (70€ par heure de régulation et 150€ pour 12h de garde consécutive)

Améliorer l'accès aux soins de proximité : permanence des soins

La permanence des soins dentaires

Art.
20.2

Qui peut y participer ?

Les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé, pour cela :

- le centre doit être inscrit sur le tableau de garde du *CDO*
- le centre doit être disponible et joignable.

Que perçoit le centre de santé ?

Les rémunérations sont déterminées par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux :

- au titre de l'astreinte : 75€ par demi-journée de dimanche et de jours fériés
- majoration spécifique (MCD) : 30€ par patient sur les actes cliniques et techniques réalisés à l'occasion de la permanence des soins.