

CNAMTS

# GUIDE METHODOLOGIQUE

---

## **CENTRES DE SANTE**

### **Contrat d'accès aux soins dentaires (CASD)**

**Version mise à jour au 20 Mars 2017**

## 1. LE CONTENU DU CONTRAT

### 1.1. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

Le contrat d'accès aux soins dentaires est une option proposée par l'accord national des centres de santé signé le 8 juillet 2015 et publié au JO du 30 septembre 2015. Il a pour objectif d'encourager les centres de santé à pratiquer des tarifs modérés pour les actes prothétiques et orthodontiques et donne droit en contrepartie, à une rémunération forfaitaire calculée sur le montant des honoraires sans dépassements correspondant aux actes de soins conservateurs et chirurgicaux (cf. article 21 et annexe 20 de l'accord national).

### 1.2 QUEL CENTRE DE SANTE PEUT ADHERER ?

Le centre de santé est éligible au CASD :

- si c'est un centre de santé dentaire ou un centre de santé polyvalent avec activité dentaire adhérent à l'accord national des centres de santé,
- et**
- si les honoraires perçus par le centre de santé pour les actes prothétiques et orthodontiques représentent au moins 20% de ses honoraires totaux.

Ce taux est vérifié lors de l'examen annuel par l'assurance maladie du respect des engagements du centre de santé ayant souscrit au contrat.

### 1.3 QUAND LE CENTRE DE SANTE PEUT-IL ADHERER ?

L'adhésion peut se faire à tout moment, dans les trois ans à compter de l'entrée en vigueur de l'accord national, soit depuis le **01/10/2015**.

Néanmoins, pour pouvoir bénéficier du paiement de la rémunération au titre de l'année de l'adhésion, le centre de santé doit adhérer au contrat avant le 1<sup>er</sup> juillet de l'année (examen du respect des engagements du 1<sup>er</sup> juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante).

L'adhésion est valable 3 ans à compter de la date d'enregistrement du formulaire d'adhésion par la caisse primaire d'assurance maladie.

### 1.4 COMMENT DOIT PROCEDER LE CENTRE DE SANTE POUR ADHERER ?

Le centre de santé doit envoyer le formulaire d'adhésion au CASD, joint en annexe 21 de l'accord national, à sa caisse d'assurance maladie.

## 1.5 QUELS SONT LES ENGAGEMENTS DU CENTRE DE SANTE ?

Engagements du centre de santé	Rémunération si respect des engagements
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les honoraires perçus par le centre pour les actes prothétiques et orthodontiques doivent représenter au moins 20% de la totalité des honoraires issus de l'activité dentaire sur la période d'observation des engagements soit du 1<sup>er</sup> juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>ET</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le taux de dépassement moyen pratiqué par le centre du 01/07/2014 au 30/06/2015 est inférieur ou égal à 230% des tarifs sur les actes prothétiques et orthodontiques</li> </ul> <p>=&gt;Le centre de santé doit maintenir son taux de dépassement à un niveau inférieur ou égal à celui observé sur la période de référence (01/07/2014 au 30/06/2015) pendant les 3 années du contrat</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p>	<p>Le centre de santé bénéficie d'une rémunération annuelle forfaitaire croissante sur 3 années :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>ère</sup> année : 5% des honoraires sans dépassement perçus au titre des actes de soins conservateurs et chirurgicaux en année 1</li> <li>2<sup>ème</sup> année : 5,5% des honoraires sans dépassement perçus au titre des actes de soins conservateurs et chirurgicaux en année 2</li> <li>3<sup>ème</sup> année : 6% des honoraires sans dépassement perçus au titre des actes de soins conservateurs et chirurgicaux en année 3</li> </ul> <p>Cette rémunération n'est pas proratisée en fonction de la date d'adhésion à l'option.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Si le taux de dépassement moyen pratiqué par le centre du 01/07/2014 au 30/06/2015 est supérieur à 230% des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques</li> </ul> <p>=&gt;Le centre de santé doit diminuer son taux en dessous de 230% des tarifs sur les actes prothétiques et orthodontiques et le maintenir en dessous de ce plafond pendant les 3 années du contrat</p>	<p>Une tolérance peut être accordée au centre de santé si :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ses tarifs sur les actes prothétiques et d'orthodontie n'ont pas évolué</li> <li>et</li> <li>l'augmentation du taux moyen de dépassement résulte d'une autre cause notamment un changement de structure d'activité</li> <li>et</li> <li>l'équilibre de la structure d'activité est respecté entre les soins conservateurs et chirurgicaux d'une part et les soins prothétiques et orthodontiques d'autre part</li> </ul>

## 1.6 QUELLE EST LA DUREE D'ENGAGEMENT DU CENTRE DE SANTE ?

Le centre de santé ayant adhéré à ce contrat s'engage pour trois années au maximum.

Il peut décider de mettre fin à son contrat à tout moment. Il en informe sa caisse de rattachement par courrier. Cette décision prend en effet dès réception du courrier par la caisse.

Le centre ne peut plus bénéficier du versement de la rémunération forfaitaire au titre de l'année de résiliation du contrat et des années suivantes.

## 2 LES MODALITES DE CALCUL DU TAUX DE DEPASSEMENT MOYEN ?

### 2.1 SUR QUELLE PERIODE LE TAUX DE DEPASSEMENT MOYEN EST-IL CALCULE ?

Le taux de dépassement moyen initial du centre de santé est calculé sur la période de référence du 01/07/2014 au 30/06/2015, quelle que soit la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

Ce taux de dépassement moyen est communiqué au centre de santé par la caisse au moment de l'adhésion au contrat.

C'est ce taux observé sur la période du 01/07/2014 au 30/06/2015 qui va servir de référence pour fixer l'engagement souscrit dans le contrat (cf. tableau supra).

### 2.2 QUELLE EST LA FORMULE DE CALCUL DU TAUX DE DEPASSEMENT MOYEN?

$$\text{Taux de dépassement moyen} = \frac{\text{total des dépassements d'honoraires sur les actes prothétiques et orthodontiques}}{\text{total des honoraires remboursables des actes prothétiques et orthodontiques}}$$

Les actes pris en compte pour le calcul sont les suivants (cf chapitre VI de la NGAP pour les actes d'orthodontie, chapitre 7.2.3 de la CCAM pour les soins prothétiques et chapitre VII de la NGAP pour les actes jusqu'au 31/12/2014) :

Nature de prestation	Code prestation	Libellé des actes
1423	SPR	ACTES DE PROTHESE DENTAIRE PRATIQUES PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE
1424	TO	TRAITEMENTS D'ORTHODONTIE PRATIQUES PAR LE CHIRURGIEN-DENTISTE
1452	PAR	PROTHESE AMOVIBLE DEFINITIVE RESINE
1461	ADP	ACTES DIVERS PROTHESE DENTAIRE CCAM
1462	PFM	PROTHESE FIXE METALLIQUE
1464	PDA	PROTHESE DENTAIRE AMOVIBLE CCAM
1465	IMP	IMPLANTOLOGIE - CCAM
1466	TOR	TRAITEMENT ORTHOPEDIE DENTO FACIALE CCAM
1473	ICO	INLAY-CORE
1474	PAM	PROTHESE AMOVIBLE DEFINITIVE METALLIQUE
1475	PDT	PROTHESE DENTAIRE PROVISOIRE

1476	PFC	PROTHESE FIXE CERAMIQUE
1477	RPN	REPARATION SUR PROTHESE
5201	FDA	FORFAIT PROTHESE DENTAIRE ADJOINTE
5202	FDR	FORFAIT REPARATION PROTHESE ADJOINTE
5203	FDC	FORFAIT PROTHESE DENTAIRE CONJOINTE
5204	FDO	FORFAIT ORTHODONTIE
5205	FPC	FORFAIT PROTHESE CONJOINTE (CMU HORS PANIER DE SOINS)
5206	FPO	FORFAIT ORTHODONTIQUE (CMU HORS PANIER DE SOINS)

### **2.3 CAS PARTICULIER DES CENTRES NOUVELLEMENT INSTALLES (OUVERTURE POSTERIEURE AU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2014)**

Pour les centres de santé installés après la date du 1<sup>er</sup> juillet 2014, le taux de dépassement moyen initial ne pouvant être calculé sur la période de référence (du 1<sup>er</sup> juillet 2014 au 30 septembre 2015), il est défini par défaut comme étant égal au taux de dépassement moyen des centres de santé de la région où se situe le centre de santé, calculé sur la période de référence.

En l'absence de centre de santé pratiquant des soins prothétiques ou orthodontiques dans la région d'installation du nouveau centre de santé, le taux de dépassement moyen choisi comme référence est le taux de dépassement moyen calculé au niveau national.

## **3 COMMENT EST CALCULEE LA REMUNERATION FORFAITAIRE ?**

### **3.1 DETAIL DE LA REMUNERATION FORFAITAIRE**

Le montant de la rémunération forfaitaire représente un pourcentage des honoraires sans dépassements réalisés sur les actes de soins conservateurs et chirurgicaux, pris en compte sur chaque période d'observation, du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de chaque année d'application du contrat.

La rémunération forfaitaire est due au centre de santé seulement si le centre respecte son engagement en termes de pratique tarifaire, sur la période d'observation, du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de chaque année du contrat.

Cette rémunération correspond à un forfait annuel équivalent :

- la 1<sup>ère</sup> année, à 5% des honoraires sans dépassements réalisés sur les soins conservateurs et chirurgicaux
- la 2<sup>ème</sup> année à 5,5% des honoraires sans dépassements réalisés sur les soins conservateurs et chirurgicaux
- la 3<sup>ème</sup> année à 6% des honoraires sans dépassements réalisés sur les soins conservateurs et chirurgicaux.

### **3.2 DEFINITION DES HONORAIRES PRIS EN COMPTE**

Les honoraires pris en compte pour le calcul de la rémunération sont identifiés par les codes prestations suivants (cf chapitre 7.2.2 de la CCAM) :

Nature de prestation	Code prestation	Libellé code actes
1321	ADC	ACTE DE CHIRURGIE CCAM
1352	ATM	ACTES TECHNIQUES MEDICAUX
1431	D	ACTES EN D
1432	DC	ACTES EN DC
1433	SC	ACTES EN SC
1451	SDE	SOINS DENTAIRE
1453	AXI	PROPHYLAXIE BUCCO DENTAIRE CCAM
1470	END	ENDODONTIE
1471	INO	INLAY-ONLAY
1472	TDS	PARODONTOLOGIE

### 3.3 PERIODE D'OBSERVATION DE LA PRATIQUE TARIFAIRE

Le respect de l'engagement du centre de santé sur les trois ans du contrat n'est pas observé en année civile mais du 1<sup>er</sup> juillet au 30 juin de l'année.

Si le centre de santé a adhéré au contrat avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016, la période d'observation va se dérouler sur trois ans :

Exemple :

Année 1 : 01/07/2016 et le 30/06/2017  
 Année 2 : 01/07/2017 et le 30/06/2018  
 Année 3 : 01/07/2018 et le 30/06/2019

Si le centre de santé a adhéré au contrat après le 1<sup>er</sup> juillet 2016 (ex 30 octobre 2016), la période d'observation du respect du contrat va débuter l'année suivante, sur trois ans :

Exemple :

Année 1 : 01/07/2017 et le 30/06/2018  
 Année 2 : 01/07/2018 et le 30/06/2019  
 Année 3 : 01/07/2019 et le 30/06/2020

La rémunération forfaitaire n'est pas proratisée en fonction de la date d'adhésion du centre de santé au contrat.

## 4 QUAND ET COMMENT EST VERSEE LA REMUNERATION ?

Elle est versée chaque année, au cours du dernier trimestre des années 1, 2, 3 (voir ci-dessus).

Exemple : Pour l'année d'observation allant du 01/07/2016 au 30/06/2017, le versement de la rémunération intervient au cours du dernier trimestre 2017.

Le paiement est effectué par la caisse auprès de laquelle le centre de santé a adhéré au contrat.

Le versement de la rémunération forfaitaire est identifié sur les décomptes de paiement reçus par le centre de santé, sous le code prestation « CASD » (contrat d'accès aux soins).

Un courrier est adressé au centre de santé par sa caisse d'assurance maladie l'informant :

- du montant de la rémunération,
- de son taux de dépassement moyen constaté sur la période.

## **5 LE CENTRE DE SANTE N'A PAS REÇU DE REMUNERATION – POURQUOI ?**

- Le centre de santé n'a pas adhéré au contrat d'accès aux soins dentaires.
- Le centre de santé a adhéré au contrat d'accès aux soins dentaires mais le centre de santé n'a pas respecté ses engagements.
- Si le centre de santé adhère après le 1<sup>er</sup> juillet de l'année, il ne peut pas percevoir la rémunération forfaitaire au dernier trimestre de l'année de son adhésion mais le dernier trimestre de l'année suivante.
- l'identification du centre de santé est erronée dans le FINESS : le centre de santé doit prendre contact avec l'ARS compétente en lien avec la CPAM.
- Le centre de santé n'a pas d'activité en soins dentaires sur la période d'observation (exemple : fermeture du centre de santé).

## **6 COMMENT CONTESTER LE MONTANT DE LA REMUNERATION ?**

Soit, par courrier auprès de la caisse d'assurance maladie qui a enregistré l'adhésion au CASD : le centre de santé dispose d'un mois à compter de la date de réception du courrier de notification du paiement de la rémunération pour faire connaître ses observations.

Soit, lors d'un entretien avec le référent de la caisse d'assurance maladie qui a enregistré l'adhésion au CASD, en s'adressant à la personne indiquée sur le courrier de notification du versement de la rémunération forfaitaire.