

CIRCULAIRE

CIR-2/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :

01/02/2018

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Présentation de l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé

Liens :

Plan de classement :

P04

Emetteurs :

DDGOS

Pièces jointes : 10

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> CNAMTS
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate


Résumé :

La circulaire a pour objet de présenter les dispositions de l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé signé le 23 mai 2017 et publié au journal officiel le 17 novembre 2017.

Mots clés :

Accord national ; centres de santé ; avenant.

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 2/2018

Date : 01/02/2018

Objet : Présentation de l'avenant n 1 à l'accord national des centres de santé

Affaire suivie par : centre-de-sante.dprof@cnamts.fr

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et l'ensemble des organisations représentatives des centres de santé (Adessadomicile, la Croix-Rouge Française, la FMF, la FNMF, la FNISASIC, l'UNADMR, l'UNA, la C3SI, la CANSSM, et la FNCS) ont conclu, le 23 mai 2017, un avenant n° 1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie.

Ce texte a été publié au journal officiel du 17 novembre 2017. Vous trouverez un exemplaire de ce texte en annexe 1.

La présente circulaire a pour objet de vous présenter ce nouveau texte conventionnel, dont les principales mesures portent sur :

- la transposition des mesures de rémunérations spécifiques de la convention médicale de 2016 aux centres de santé, y compris les contrats visant à une meilleure répartition des soins sur le territoire (contrats « démographie »),
- des adaptations concernant la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé visant à transposer l'accord conventionnel interprofessionnel des structures pluri-professionnelles (ACI) signé le 20 avril 2017,
- d'autres modifications prenant en compte notamment les évolutions réglementaires intervenues depuis la signature de l'accord national.

Un diaporama de présentation de l'accord national est disponible en annexe 2.

1. Les nouvelles mesures de rémunérations spécifiques

1.1 Rappel des dispositions législatives relatives aux centres de santé

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale modifiées par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 – art. 78-1, les modes de rémunération définis par les conventions nationales des professions de santé libérales, autres que le paiement à l'acte, doivent faire l'objet, « au plus tard six mois après la conclusion de ces conventions ou d'avenants à ces

conventions, d'un examen dans les conditions prévues par l'accord en vue de leur intégration au sein de celui-ci, conformément au premier alinéa de l'article L. 162-32-2 du même code ».

L'article 28.5 de l'accord national a été modifié par l'article 8 de l'avenant 1 pour intégrer cette nouvelle rédaction de la loi.

La nouvelle convention médicale ayant été signée le 25 août 2016, l'UNCAM a ouvert en janvier 2017 des négociations avec les organisations représentatives des centres de santé, pour examiner les dispositions susceptibles d'être intégrées dans l'accord national des centres de santé.

Cette transposition ne vise que les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte. En effet, les dispositions relatives à la nomenclature (y compris les majorations) sont d'application automatique aux centres de santé dans les mêmes conditions et délais que ceux définis par les conventions applicables aux professionnels de santé libéraux. Ainsi, toutes les revalorisations tarifaires, issues notamment de la convention médicale signée le 25 août 2016 sont désormais applicables aux centres de santé.

1.2 Transposition des mesures de rémunération forfaitaire « médecin traitant »

L'avenant n°1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie a transposé à l'identique quatre mesures de la convention médicale.

1.2.1 Missions et rémunération forfaitaire « médecin traitant » : le nouveau forfait patientèle - articles 4, 5 et 7 de l'avenant 1 et la modification de la majoration personnes âgées (MPA)

A compter du 1^{er} janvier 2018, ce forfait ayant pour objet de renforcer la valorisation des missions du « médecin traitant » dans le suivi de sa patientèle viendra remplacer les forfaits existants FMT/RST/RMT applicables également aux centres de santé.

Les modalités de calcul et de versement sont les mêmes que pour les médecins libéraux. La majoration pour la patientèle CMUC est également transposée dans les mêmes conditions.

A l'instar des médecins libéraux, la majoration pour le suivi des personnes âgées de 80 ans et plus (MPA) ne sera versée que pour le suivi des patients dont aucun des médecins du centre de santé n'est désigné comme médecin traitant, le suivi des patients ayant désigné un des médecins du centre comme médecin traitant étant valorisé dans le cadre du nouveau forfait patientèle.

A noter que les dispositifs RMT, RST, FMT et MPA (selon les règles de gestion antérieures) ont été maintenus de manière transitoire au titre de l'année 2017 pour les centres de santé (modification de annexe 24 de l'accord national).

Il convient de se référer aux instructions diffusées pour la mise en œuvre de la convention médicale d'août 2016 et notamment la circulaire 24/2016 du 28 novembre 2016.

Les instructions à venir sur la mise en place en 2018 du nouveau forfait patientèle et de la majoration MPA (avec ces nouvelles règles de gestion) seront applicables aux médecins libéraux et aux centres de santé de manière identique.

1.2.2 ROSP médecin traitant rénovée et ROSP médecin traitant de l'enfant ¹ (article 6 de l'avenant 1)

Les indicateurs de pratique clinique, les résultats correspondants, ainsi que la patientèle retenue pour le calcul des indicateurs sont identiques à ceux des médecins libéraux que ce soit pour la ROSP médecin traitant de l'adulte ou de l'enfant (article 6 de l'avenant 1 et nouvelle annexe 25 de l'accord national).

De même, a été transposée aux centres de santé la méthode de calcul spécifique de la rémunération pour les nouveaux installés (actualisation des taux de départ tous les ans pendant 3 ans et majoration de la valeur du point pendant les trois années d'ouverture).

La clause de sauvegarde mise en place pour les médecins libéraux pour la ROSP médecin traitant de l'adulte est également mise en place pour les centres de santé pour la première année de mise en œuvre de ce nouveau dispositif, selon les mêmes modalités que pour les médecins libéraux. Ainsi, au vu du bilan en CPN de cette rémunération qui sera versée en 2018 au titre de 2017, un versement complémentaire² pourra intervenir si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé au titre de l'année 2016.

Par ailleurs, l'avenant 1 ouvre la possibilité aux centres de santé infirmiers ou dentaires salariant un ou plusieurs médecins généralistes de bénéficier de cette rémunération (article 6 de l'avenant).

Ces nouvelles dispositions seront applicables dès la rémunération versée en 2018 au titre de l'année 2017.

Il convient de se référer aux instructions diffusées pour la mise en œuvre de la convention médicale d'août 2016 et notamment la circulaire 24/2016 du 28 novembre 2016 ainsi que les notes méthodologiques diffusées sur la ROSP médecin traitant de l'adulte et de l'enfant.

Les centres de santé vont être intégrés au moteur de calcul automatisé mis en place pour les médecins libéraux.

Seuls les indicateurs déclaratifs de la ROSP médecin traitant de l'adulte et de l'enfant devront être saisis par les centres de santé via la plateforme ATIH et ce, avant le 26 janvier 2018 (au titre de l'année 2017). Une extraction de ces données sera transmise aux caisses pour une saisie dans le back office ROSP des médecins libéraux.

1.3 Transposition de trois contrats démographiques - article 2 de l'avenant 1

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les dispositions législatives relatives à la définition par les partenaires conventionnels de dispositifs relatifs à l'installation des centres de santé dans certaines zones (L. 162-14-1 et L.162-14-4 du code de la sécurité sociale).

La loi prévoit que les partenaires conventionnels définissent désormais, dans le corps de l'accord national, des contrats-type nationaux relatifs à la démographie, lesquels comportent des modalités

¹ Issue de l'article 6 de l'avenant 1 de la convention médicale

² Différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017

d'adaptation régionale. Les centres de santé éligibles à ces contrats concluent ensuite un contrat individuel avec l'assurance maladie et les Agences Régionales de Santé (ARS), conforme au contrat-type régional.

Le décret n°2017-632 du 25 avril 2017 et l'arrêté du 13 novembre 2017 (JO du 15 novembre 2017) définissent la nouvelle méthodologie de zonage applicable à la profession de médecin et aux structures d'exercice pluriprofessionnel dont les centres de santé. Les directeurs d'ARS peuvent désormais publier des arrêtés régionaux relatifs au zonage pris conformément aux règles définies dans les textes réglementaires précités. Vont être notamment déterminées par ces arrêtés, les zones dans lesquelles les contrats incitatifs exposés ci-dessous vont pouvoir s'appliquer. D'ores et déjà certaines ARS ont déjà publiées ces zonages.

La nouvelle convention médicale de 2016 a défini quatre contrats-type nationaux ayant pour but d'encourager une répartition plus homogène des médecins libéraux sur tout le territoire. Trois contrats ont été transposés aux centres de santé.

Ces contrats sont les suivants :

- contrat d'aide à l'installation, visant à favoriser l'installation dans les zones sous-denses,
- contrat de stabilisation et de coordination, visant à favoriser le maintien des centres de santé dans les zones sous-denses,
- contrat de solidarité territoriale, à destination des centres de santé implantés dans des territoires non classés en zones sous-denses pour les inciter à participer à la réalisation de vacations dans les zones sous-denses.

Des fiches détaillant ces différents contrats sont à votre disposition en annexe de la présente instruction. Elles précisent notamment, les conditions et modalités d'adhésion, les engagements et avantages accordés dans chaque contrat ainsi que les éléments pouvant faire l'objet d'une modulation régionale par l'ARS.

Dans le cadre de ces contrats et conformément aux dispositions législatives évoquées supra, les partenaires conventionnels ont défini des modalités d'adaptation relevant de la compétence des ARS.

Ces contrats sont ouverts aux seuls centres de santé polyvalents ou médicaux (sauf les exceptions précisées ci-dessous pour le « CAI » et le « COSCO »).

1.3.1 Contrat d'aide à l'installation (nouvel article 19.1 et modification de l'annexe 10 bis de l'accord national)

Ce contrat s'adresse aux centres de santé s'implantant en zones sous-denses (qui s'implantent dans la zone sous-dense ou sont implantés dans la zone depuis moins d'un an à la date d'examen de leur demande de souscription au contrat) afin de leur apporter une aide financière significative dès leur installation dans ces zones pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (cf. Fiche « CAI » – annexe 3).

Particularité : les centres de santé infirmiers ou dentaires peuvent adhérer à ce contrat. Il s'agit des centres de santé infirmiers ou dentaires au regard de l'accord national (catégorie précisée par le gestionnaire du centre de santé à la CPAM) mais qui salarient au moins un médecin généraliste centre de santé.

Cependant, dans l'année qui suit cette la modification, le centre de santé devra basculer dans cette catégorie (polyvalent) au regard de l'accord national.

Non cumul : ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat de stabilisation et de coordination.

Dérogation au non cumul : cependant, à titre dérogatoire, le cumul entre le CAI et le COSCO est autorisé pour les nouveaux centres de santé, à compter de leur 2^{ème} année d'ouverture. Ainsi, le centre de santé pourra percevoir le montant de la rémunération par ETP (dans la limite de 2 ETP pour les nouveaux postes de médecins salariés créés) prévu par le COSCO. A l'issue des 5 ans du contrat CAI, le centre peut bénéficier du COSCO dans les conditions générales de ce dernier.

Une même dérogation est accordée pour les centres de santé dentaires ou infirmiers qui demandent la modification de leur spécialité en centre de santé polyvalent. De la même façon, le centre de santé pourra percevoir le montant de la rémunération par ETP (dans la limite de 2 ETP pour les nouveaux postes de médecins salariés créés) prévu par le COSCO. A l'issue des 5 ans du contrat CAI, le centre peut bénéficier du COSCO dans les conditions générales de ce dernier.

1.3.2 Contrat de stabilisation et de coordination (nouvel article 19.2 et modification de l'annexe 10 ter de l'accord national)

Ce contrat s'adresse aux centres de santé implantés en zones sous denses pour les inciter à maintenir leur activité dans ces territoires. Il valorise notamment l'implication de ces centres de santé dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire, soit en participant à une équipe de soins primaires (ESP) ou à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), (cf. Fiche « COSCO » – annexe 4).

Particularité : les centres de santé infirmiers ou dentaires peuvent adhérer à ce contrat. Il s'agit des centres de santé infirmiers ou dentaires au regard de l'accord national (catégorie précisée par le gestionnaire du centre de santé à la CPAM) mais qui salarient au moins un médecin généraliste centre de santé.

Cependant, dans l'année qui suit cette la modification, le centre de santé devra basculer dans cette catégorie (polyvalent) au regard de l'accord national.

Non cumul : ce contrat n'est pas cumulable avec le contrat d'aide à l'installation.

Dérogation au non cumul : cependant, à titre dérogatoire, ce cumul est autorisé pour les nouveaux centres de santé, à compter de leur 2^{ème} année ouverture. Il en va de même pour les centres de santé dentaires ou infirmiers qui demandent la modification de leur spécialité en centre de santé polyvalent. La valorisation ne vaut que pour les ETP correspondants aux nouveaux postes de médecin salarié créés, dans la limite de 2 ETP.

1.3.3 Contrat solidarité territoriale (nouvel article 19.3 et annexe 10 quater de l'accord national modifié)

Ce contrat s'adresse aux centres de santé non implantés en zones sous-denses qui s'engagent à mettre à disposition un de leurs médecins salariés pour effectuer des vacations en zones sous-denses dans un autre centre de santé pour renforcer l'offre de soins dans ces territoires (cf. Fiche « CST » – annexe 5).

1.3.4 Entrée en vigueur des nouveaux contrats

Les centres de santé ne pourront adhérer à ces nouveaux contrats qu'à compter de la publication des contrats-type régionaux par le DG - ARS de la région concernée.

Dans l'attente, les centres de santé polyvalents ou médicaux peuvent adhérer au contrat incitatif défini à l'annexe 8 de l'accord national (contrat défini antérieurement à l'avenant 1).

Les centres de santé polyvalents ou médicaux ayant souscrit au contrat incitatif défini à l'annexe 8 de l'accord continuent de bénéficier des avantages afférents jusqu'au terme du contrat (sauf en cas de résiliation anticipée).

Des instructions communes entre le Ministère et la CNAMTS sont en cours et viendront préciser les modalités de mise en œuvre de ces contrats démographiques.

1.3.5 Enregistrement des contrats et modalités de versements des aides

Des instructions complémentaires seront diffusées début 2018 afin de préciser les modalités de versement des aides définies dans ces contrats.

Par ailleurs, afin de faciliter la remontée des contrats signés, un outil de saisie (à l'instar de celui mis en place pour les contrats démographiques des médecins libéraux) est en cours de création et va être mis à disposition des caisses. Une instruction spécifique sera alors diffusée.

2. Les adaptations de la rémunération forfaitaire spécifique

Par ailleurs pour la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé définie par l'accord national s'inspirant du règlement arbitral applicable aux structures pluri-professionnelles (arrêté du 23 février 2015 – J.O du 27 février 2015), des adaptations ont également été intégrées dans l'avenant n°1 à la suite de la signature le 20 avril dernier de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) applicable aux structures pluri-professionnelles (JO 5 août 2017).

Ces adaptations ne concernent, dans un premier temps, que les centres de santé médicaux ou polyvalents. Elles sont applicables dès 2017 (pour la rémunération versée en 2018).

Des fiches par indicateur intégrant ces adaptations vont être mises à disposition sur « ameli.fr ». Elles sont annexées à la présente circulaire (annexe 8, 9 et 10).

2.1 Modifications portant sur l'axe « Accès aux soins »

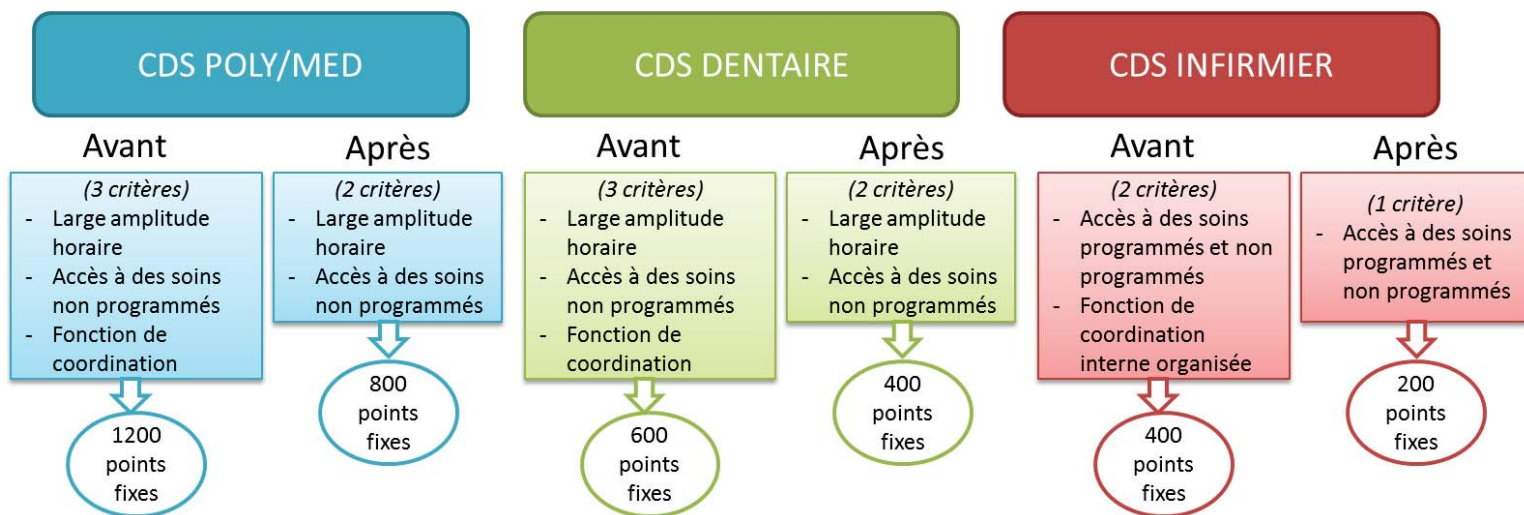
Trois modifications sont apportées à l'axe « Accès aux soins », dont l'une concerne les trois catégories de centre de santé.

2.1.1 L'indicateur « Accessibilité » - article 1 de l'avenant

Cet indicateur comportait initialement trois critères pour les centres de santé polyvalents, médicaux ou dentaires (large amplitude horaire, accès à des soins non programmés et fonction de coordination) et deux pour les centres de santé infirmiers (soins programmés ou non, coordination interne organisée).

L'avenant n°1 a supprimé le critère fonction de coordination de cet axe pour en faire un indicateur à part entière au sein de l'axe « Travail en équipe ».

Le nombre de points attribués a donc été modifié.



Par ailleurs, des précisions relatives à la disponibilité des différents professionnels de santé ont également été apportées au contenu de l'indicateur « Amplitude des horaires d'ouverture », mentionnées dans les fiches par indicateur.

2.1.2 L'indicateur « Mission de santé publique » (modification de l'article 8.2 de l'accord national)

Pour remplir cet indicateur, les centres de santé doivent réaliser au moins une mission figurant parmi la liste définie en annexe 5 de l'accord national. Au-delà de cette liste, les centres de santé peuvent choisir une autre mission s'inscrivant en cohérence avec les objectifs du projet régional de santé (PRS).

En outre, la liste des missions de santé publique a été enrichie.

Ces modifications sont également applicables aux centres de santé infirmiers.

2.1.3 L'indicateur « Diversification de l'offre de soins » (article 8.5.1 de l'avenant)

Le rythme de l'organisation de l'accès à des consultations de second recours par des médecins spécialistes d'accès à des sages-femmes ou chirurgiens-dentistes est modifié (un jour par semaine remplacé par deux jours par mois). Le nombre de points des 4 indicateurs de cet item « diversification de l'offre de soins » a été aligné à 250 points.

2.1.4 Création d'un nouvel indicateur optionnel (modification de l'article 8.5.4)

La rémunération forfaitaire spécifique valorise l'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 (cf. supra).

A titre exceptionnel, cet indicateur est également applicable au centre de santé dentaire ou infirmier qui demande la modification de sa spécialité en centre de santé polyvalent (cf. supra), du fait de l'intégration d'au moins 1 ETP de médecin généraliste salarié.

2.2 Modifications portant sur l'axe « Travail en équipe/coordination » - modification de l'article 8.3 de l'accord national

2.2.1 Indicateur « Concertation pluri professionnelle »

Les thèmes sur lesquels la concertation pluri-professionnelle doit porter ont été modifiés (nouvel article 8.3.1.1 de l'accord national).

En outre, le respect de cet engagement nécessite que le centre de santé tienne au moins 6 réunions par an au lieu d'une réunion en moyenne par mois précédemment. Le nombre de dossiers doit par ailleurs correspondre à 5% des patients médecins traitants du centre de santé présentant une affection de longue durée ou âgés de plus de 75 ans.

2.2.2 Indicateur « Protocoles pluri-professionnels »

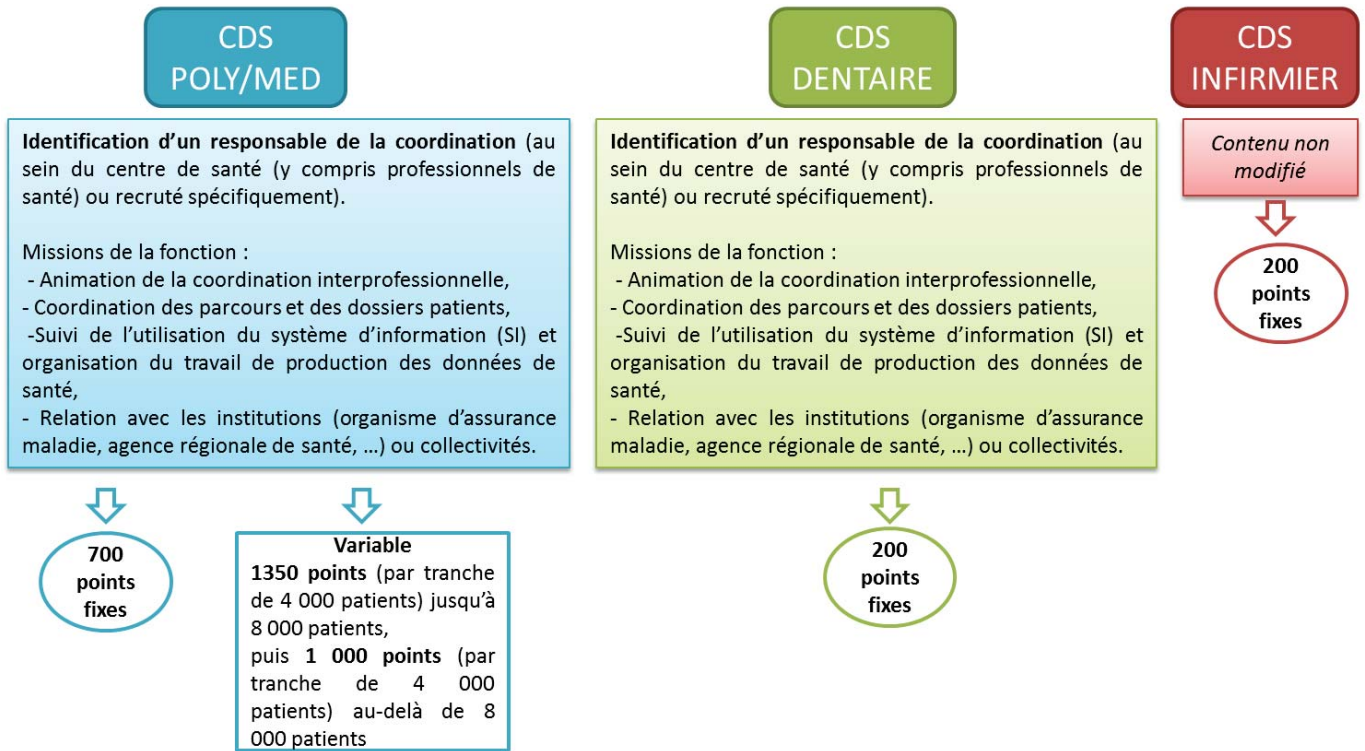
La valorisation de cet indicateur initialement fixée à 500 points fixes est portée à 800 points fixes (100 points par protocole).

Afin d'apporter plus de précisions sur le contenu de ces protocoles, l'article 8.5.2. de l'accord national a été modifié.

2.2.3 Création d'un nouvel indicateur « Fonction de coordination » - nouvel article 8.3.4 de l'accord national

La fonction de coordination pour les centres de santé médicaux ou polyvalents devient un indicateur à part entière de l'axe travail en équipe (antérieurement intégrée dans un indicateur plus global de l'axe accès aux soins) avec une revalorisation substantielle (cf. infra).

Dans un souci de cohérence, l'indicateur spécifique « fonction de coordination » est également transposé dans l'axe travail en équipe pour les centres de santé infirmiers ou dentaires mais sans revalorisation.



2.3 Modifications portant sur l'axe « Echange/Système d'information » - nouvelle rédaction de l'article 8.4.1 de l'accord national

La valorisation de cet indicateur (critère socle et pré-requis) pour les seuls centres de santé polyvalents ou médicaux n'est plus fonction de la patientèle pour la part variable mais du nombre de professionnels de santé salariés au sein du centre de santé.

Par ailleurs, le libellé de l'indicateur sur la labellisation du logiciel a été modifié. Il ne s'agit plus de labellisation « ASIP 1 » ou « ASIP 2 » mais d'une labellisation par l'ASIP santé pour un système d'information pluri-professionnel a minima de niveau « standard » ou de niveau « avancé ».

2.4.2 Dérogations - nouvelle rédaction de l'article 14

Deux dérogations au pré-requis sont instituées, l'une concernant le critère « système d'information » et l'autre, les centres de santé nouvellement créés.

- Dans le cas où un centre de santé ayant un système d'information qui se voit **retirer la labellisation** de celui-ci par l'ASIP Santé, la rémunération se déclenche sous réserve que les autres indicateurs socles et pré-requis sont atteints. Cette dérogation est applicable durant l'année civile au cours de laquelle la labellisation a été retirée ainsi que l'année suivante. Le centre de santé pourra ainsi conserver pendant ce délai la rémunération liée à cet indicateur sur le SI s'il le remplissait les années précédentes.
- Les **centres de santé nouvellement créés** bénéficieront de la rémunération forfaitaire spécifique dès lors que deux (au lieu de trois) des indicateurs socles et pré-requis sont remplis. On entend par « centre de santé nouvellement créé », le centre de santé qui a déposé depuis moins d'un an (à partir de la date à laquelle ce dernier est régi par l'accord national) son projet de santé à l'ARS. Cette dérogation vaut pour la première année civile durant laquelle le centre de santé a commencé à être régi par l'accord national et pour l'année civile suivante.

2.5 Dispositif d'avance pour les centres de santé « nouvellement créés » - modification de l'article 18.1 de l'accord national

2.5.1 Procédure

Afin de soutenir les centres de santé nouvellement créés, un dispositif d'avance est mis en place.

Pour bénéficier de cette avance, le centre de santé « nouvellement créé » a trois mois au plus, à compter de sa création (date d'attribution du numéro FINESS par l'ARS) pour se faire connaître auprès de sa CPAM de rattachement et compléter le formulaire de renseignement (cf. infra).

La CPAM dispose alors de deux mois suivant la date à laquelle le centre est régi par l'accord national pour procéder au versement de cette avance. Il convient au moment du versement de cette avance d'en informer le centre de santé par l'envoi d'un courrier (*annexe 6*).

2.5.2 Montant de l'avance

Cette avance est calculée par la CNAMTS au regard des montants moyens versés aux centres de santé en année N-1 au titre de la rémunération forfaitaire spécifique et selon la spécialité des centres de santé (polyvalent, médical, infirmier, dentaire).

Son montant est par ailleurs proratisé en fonction du trimestre de l'année civile au cours de laquelle le centre a été créé, comme suit :

- **1^{er} trimestre de l'année civile** = 100% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
- **2^{ème} trimestre de l'année civile** = 75% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
- **3^{ème} trimestre de l'année civile** = 50% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
- **4^{ème} trimestre de l'année civile** = 25% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

2.5.3 Entrée en vigueur

Ce dispositif entre en vigueur au lendemain de la publication de l'avenant 1 au journal officiel.

2.5.4 Détail des calculs de l'avance pour 2018

Le détail des montants à verser par trimestre et par type de centre est présenté ci-dessous :

	1 ^{er} trimestre civil	2 ^{ème} trimestre civil	3 ^{ème} trimestre civil	4 ^{ème} trimestre civil
Centre de santé polyvalent ou médical	29 829 €	22 372 €	14 915 €	7 457 €
Centre de santé infirmier	19 039 €	14 280 €	9 520 €	4 760 €
Centre de santé dentaire	13 334 €	10 000 €	6 667 €	3 333 €

Exemple : un centre de santé infirmier a été créé le 25 mars 2018 (date d'attribution du numéro FINESS par l'ARS), soit au cours du 1^{er} trimestre 2018, il percevra donc la somme de 19 039 € au titre de l'avance.

Pour les années suivantes, la CNAMTS actualisera ces montants dans le courant du dernier trimestre de chaque année.

2.5.5 Modalités de liquidation

Le versement de cette avance est à réaliser par la caisse de rattachement du centre de santé via le code prestation spécifique « ADS ».

La liquidation se fait manuellement par la caisse via une saisie PROGRES PN. Elle s'effectue en tiers payant uniquement.

La date de paiement à renseigner est la date à laquelle la caisse procède au versement.

Le NIR à utiliser est celui créé pour CAPI, pour toutes les caisses par les administrateurs de la cellule RFI sise à la CPAM de Versailles. Les caisses ne devront donc pas procéder à la création de ce NIR au référentiel famille.

Pour rappel, le NIR fictif créé pour chaque caisse est de la forme suivante :

- Sexe : « 1 »
- Année : « 55 »
- Mois : « 55 »
- Département : « 55 »
- Commune : n° de la CPAM sur 3 caractères
- N° INSEE : « 095 »
- Clé : calculée en fonction du modulo 97
- Nom : « CAPI »
- Prénom : « Rémunération »
- Date de naissance : « 31/12/1955 »
- Date 1^{ère} immat : « 01/01/1956 »
- Régime : « 888 » au 01/01/1956

- DRG adresse : adresse de la caisse
 - DRG domiciliation : « SAN »
- Le code de nature de prestation à utiliser est : **ADS** (Avance rémunération spécifique centres de santé) pour la liquidation de l'avance.
 - Via l'onglet Forfait
 - Prix Unitaire : montant calculé et fourni par la CNAMTS.
 - Quantité : 1

3 Autres modifications

Outre ces mesures de transposition des rémunérations de la convention médicale et de l'accord convention interprofessionnel des structures pluriprofessionnelles, l'avenant n°1 tient compte également des dernières évolutions réglementaires intervenues depuis la signature de l'accord national et impactant la rédaction de certains articles.

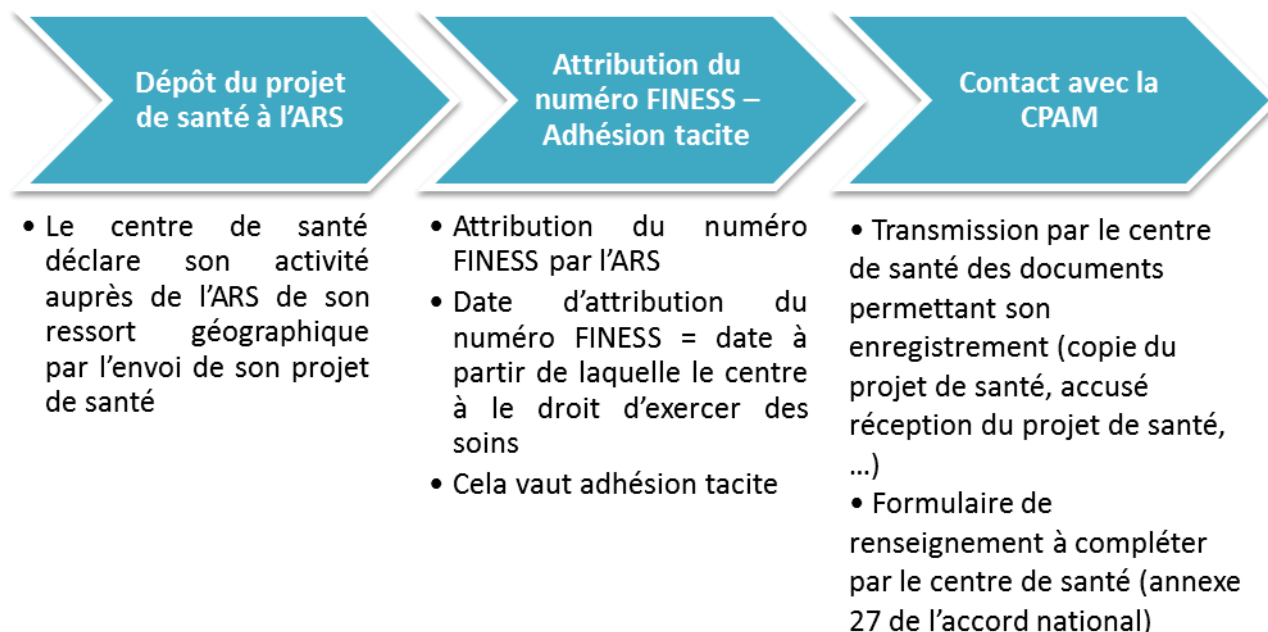
Il apporte également des aménagements aux avantages conférés dans le cadre des contrats démographie incitatifs dentaires et infirmiers.

3.1 Modalités d'adhésion des centres de santé à l'accord national - article 11 de l'avenant

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a également modifié les dispositions de l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale, en révisant les modalités de renouvellement de l'accord (reconduction tacite sauf opposition) et en remplaçant l'adhésion expresse à l'accord national par une adhésion tacite.

Ainsi, on peut considérer que le centre de santé est régi par l'accord national à la date à laquelle son numéro FINESS lui a été délivré par l'ARS, sans adhésion explicite à l'accord national comme auparavant. Bien que le centre de santé n'ait plus à signer un acte formalisant son adhésion, lors de sa création ou de son déménagement, il doit néanmoins se faire connaître auprès de la CPAM de son ressort géographique et se soumettre à quelques formalités. A cette occasion, il remet une copie de son projet de santé accompagnée de l'accusé-réception de l'ARS et informe la CPAM de son numéro d'identification FINESS.

Le formulaire d'adhésion initialement prévu par l'accord national à l'annexe 27 a été remplacé par un formulaire de renseignement (annexe 7), que le centre de santé doit remplir et remettre à sa CPAM de rattachement. Ce document permet en outre au centre de déclarer sa spécialité au regard de l'accord national (polyvalent, médical, dentaire, ou infirmier).



Enfin, le centre de santé qui ne souhaite pas être régi par les dispositions de l'accord national doit en informer sa CPAM par lettre recommandée avec accusé de réception.

3.2 Adaptations des avantages conférés par les contrats incitatifs démographie dentaires et infirmiers

Dans le cadre des contrats incitatifs démographie des centres de santé infirmiers et des centres de santé dentaires, une participation aux cotisations dues au titre des allocations familiales avait été prévue initialement dans l'accord national des centres de santé.

Cependant, les textes réglementaires en vigueur ne permettant pas la mise en œuvre de cette mesure, l'avenant n°1 à l'accord national des centres de santé est venu modifier les dispositions de l'article 5 des annexes 11 et 14 pour instaurer une nouvelle modalité d'aide.

Ainsi, les centres de santé ayant adhéré au contrat incitatif des centres de santé infirmiers bénéficient d'une participation de l'assurance maladie à l'activité correspondant à 3% des honoraires sans dépassement, liés à l'activité infirmière du centre de santé (en sus de l'aide forfaitaire de 3000 euros/an/ETP). Les centres de santé ayant adhéré au contrat incitatif des centres de santé dentaire bénéficient d'une aide à l'activité correspondant à 2% des honoraires sans dépassements liés à l'activité dentaire du centre de santé (en sus de l'aide forfaitaire de 15 000 euros/centre de santé).

Cette nouvelle disposition a été appliquée dès les paiements intervenus en 2017 au titre de l'année 2016 ce, en accord avec les partenaires conventionnels et le Ministère.

3.3 Autres dispositions

3.3.1 Permanence des soins – article 3 de l'avenant

L'accord national réservait le paiement de la rémunération forfaitaire et des actes majorés aux centres de santé pour les interventions des médecins salariés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires. Le texte a été modifié afin de respecter les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

3.3.2 Rapport d'activité - article 9 de l'avenant

L'article 9 de l'avenant remplace l'ancien article 29 de l'accord national pour introduire la création effective de la plateforme de données par l'ATIH permettant aux différents acteurs (ARS, ministère, centres de santé et CNAMTS) de déposer les informations relatives notamment à la description de l'activité des centres de santé et aux indicateurs ouvrant droit au versement des rémunérations.

3.3.3 Accompagnement des centres de santé - article 10 de l'avenant

L'article 10 de l'avenant remplace l'ancien article 45 de l'accord national pour décrire l'offre de contact proposée par l'assurance maladie aux centres de santé par l'intermédiaire d'une plateforme téléphonique ou du centre de service inter régimes (CESI) spécialement dédié aux questions relatives au tiers-payant.

ANNEXES :

ANNEXE 1 : Avenant 1

ANNEXE 2 : diaporama présentation accord national

ANNEXE 3 : Fiche « Contrat d'aide à l'installation »

ANNEXE 4 : Fiche « Contrat de stabilisation et de coordination»

ANNEXE 5 : Fiche « Contrat solidarité territoriale»

ANNEXE 6 : Courrier type « versement de l'avance au titre de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé » pour les centres de santé nouvellement créés

ANNEXE 7 : Formulaire de renseignement

ANNEXE 8 : Fiche indicateurs « Rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé » pour les centres de santé polyvalents et médicaux

ANNEXE 9 : Fiche indicateurs « Rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé » pour les centres de santé dentaires

ANNEXE 10 : Fiche indicateurs « Rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé » pour les centres de santé infirmiers