



L'AVENANT N°1

POUR LES NULS

Rappel : L'Accord National des centres de santé a été signé le 8 juillet 2015. L'avenant N°1 signé le 23 mai 2017 conforte l'engagement commun des gestionnaires de centres de santé et des caisses de sécurité sociale en faveur d'un meilleur accès aux soins des patients et de l'amélioration de leur prise en charge.

Il permet notamment :

- La transposition des mesures prévues dans la convention médicale du 25 août 2016 valorisant le rôle de suivi au long cours des patients (forfait patientèle, nouvelle ROSP) et encourageant l'exercice médical en zone sous-doté.
- L'application aux centres de santé des mesures financières prévues par le nouvel accord conventionnel interprofessionnel sur la coordination des soins et l'exercice regroupé (ACI) signé le 20 avril 2017.¹

Les principales modifications à l'Accord National des centres de santé introduites par l'avenant N°1 sont listées ci-dessous.

Elles sont présentées dans l'ordre où elles apparaissent dans le texte conventionnel, sans hiérarchie d'importance.

¹

Dont la FNCS est directement signataire.

Missions de santé publique portées par des centres de santé infirmiers :

Les missions de santé publique valorisées dans l'accord sont élargies au-delà de la liste des thèmes de l'annexe 5, si elles sont en cohérence avec le Projet Régional de Santé.

Concertations pluri-professionnelles autour des dossiers patients (art 8.3.1.1 modifié) :

1. La liste des thèmes privilégiés pour cette concertation sur dossier s'est considérablement élargie :

- *Affections sévères compliquées ou décompensées : insuffisance cardiaque, BPCO, asthme instable, troubles psychiques graves ... ;*
- *Pathologies chroniques nécessitant des soins itératifs et une intervention pluri-professionnelle permettant notamment de prévenir la désinsertion socioprofessionnelle : lombalgies chroniques invalidantes, syndrome anxio-dépressif ... ;*
- *Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l'équilibre thérapeutique nécessitent l'intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmaciens ; biologiste ; infirmier ; médecine généraliste ou autre spécialiste) : AVK ; insulinothérapie ...*
- *Patients complexes ou en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile doit être conforté : sujets âgés fragilisés (isolement, dénutrition) ; plaies chroniques (escarres ; ulcères veineux ou mixtes ; plaies du diabétique) ; patients poly-pathologiques ; soins palliatifs ; suivi post AVC ;*
 - *Patients obèses ;*
 - *Grossesses à risque (pathologie sous jacente ; antécédents ; grossesses multiples) et grossesse évoluant dans un environnement psychosocial difficile (isolement ; précarité ; addiction).*
 - *Pathologies dont la prise en charge est rendue complexe par l'association à des troubles psychiques, des troubles du comportement ou des difficultés sociales, maltraitances intra-familiales.*

2. Le nombre de réunion annuelles minimales à tenir n'est plus d'une par mois mais de 6 par an.

3. L'objectif chiffré n'est plus de 3% de la file active du centre mais de 5% de la file active médecin traitant présentant une ALD ou âgée de + de 75 ans.

4. L'objectif des réunions de concertation est précisé : il s'agit de définir la stratégie de prise en charge du patient et coordonner sa mise en œuvre.

Fonction de coordination (Art 8 3 4 de l'avenant)

1. La fonction de coordination est mieux définie :

- Elle est assurée soit par des personnes exerçant au sein du centre de santé, y compris par des professionnels de santé, ayant un temps identifié et dédié à cette fonction, soit par du personnel recruté spécifiquement assurer cette fonction.
- Cette fonction regroupe les missions suivantes :
 - Animation de la coordination interprofessionnelle.
 - Coordination des parcours et des dossiers patients,
 - Suivi de l'utilisation du système d'information et organisation du travail de production des données de santé,
 - Relation avec les institutions (CPA, ARS) ou collectivités.

2. Elle est mieux valorisée financièrement

- La fonction de coordination est sortie de l'indicateur « accessibilité » (qui passe de 1 200 pts à 800 pts)
- Elle est valorisée 700 points fixes + 1 350 points variables (par tranche de 4000 patients et jusqu'à 8 000 patients, passant à 1 000 points au-delà de 8 000 pts).

Systeme d'information :

1. Meilleure valorisation pour les CDS médicaux et polyvalents

La labellisation ASIP niveau standard (ne s'appelle plus « ASIP 1 ») est mieux valorisée pour tenir compte du rôle majeur du système d'information dans la coordination des soins et de son coût.

- o Au lieu de 850 pts fixes +1500 pts variables sur file active
On est maintenant sur :
- o 500 pts fixes + 200 pts par professionnel de santé salarié du centre jusqu'à 16 professionnels, puis 100 pts au-delà.

2. Modification de terminologie

La labellisation ASIP 2 s'appelle désormais « labellisation niveau avancé » / même valorisation que dans le RA ?

Diversification de l'offre de soins :

Le critère de diversification de l'offre de soins est assoupli (présence de consultation de second recours par des médecins spécialistes ou sages-femmes ou chirurgiens-dentistes au moins 2 jours par mois au lieu d'1 jour par semaine précédemment.

Protocoles pluri-professionnels (art 8. 5. 2 modifié) :

- **Les objectifs et critères des protocoles pluri-professionnels sont décrits :**
 - Les protocoles pluri-professionnels facilitent la prise en charge et le suivi des patients présentant une pathologie nécessitant l'intervention coordonnée de différents professionnels de santé.
 - Ces protocoles doivent :
 - S'appuyer sur l'expérience et les compétences des professionnels concernés,
 - Etre conformes aux recommandations élaborées par les agences sanitaires (HAS, ANSM, Santé Publique France).
 - Etre adaptés à chaque équipe
 - Répondre à un vrai besoin,
 - Formaliser et harmoniser des pratiques existantes,
 - Etre simples, aisément consultables lors des soins,
 - Préciser le rôle et les moments d'intervention de chacun des professionnels impliqués dans la prise en charge que ces derniers exercent dans le centre de santé ou dans le cadre d'une convention partenariale avec celui-ci et les différentes interactions entre eux (répondre à la question « qui fait quoi quand »).
 - Etre actualisés régulièrement à la lumière des retours d'expérience
- **Il est précisé que les protocoles doivent porter en priorité sur les thèmes visés à l'article 8 3 1 1** mais que toutefois, ceux qui sont réalisés hors thèmes dédiés seront examinés au cas par cas en vue d'une éventuelle valorisation (pensez à le rappeler à votre CPAM si certains de vos protocoles sont exclus du financement).

Contrat de solidarité territoriale (nouvel article 8 5 4)

Une nouvelle disposition est intégrée à l'accord pour les centres de santé qui accueilleront des praticiens bénéficiaires d'un contrat de solidarité territoriale (valorisation prévue)

Synthèse annuelles médecin traitant :

La valorisation de la production de synthèses annuelles MT (150 pts variables) est supprimée.

Utilisation des téléservices :

La valorisation de l'utilisation des téléservices est maintenue (75 pts), mais implique désormais de pouvoir produire un justificatif informatique qui atteste l'intégration des téléservices dans le logiciel du centre de santé.

Pré-requis obligatoires pour bénéficier des financements :

- 1 Les pré-requis indispensables au déclenchement de la rémunération sont actualisés :
 -
 - Les indicateurs d'accessibilité (horaires, soins non programmés et charte d'engagement.)
 - La fonction de coordination
 - Le système d'information niveau standard
- 2 Dérogation à ces pré-requis (art 12, 2^{ème} alinéa modifié) :
 - L'hypothèse d'un retrait de labellisation ASIP à un éditeur est prise en compte pour ne pas pénaliser le centre qui serait concerné. Dans cette situation, le critère « système d'information » n'est plus considéré comme un pré-requis obligatoire pour déclencher la rémunération. Cette dérogation s'applique durant 2 ans. Le centre dans ce cas maintient sa rémunération sur l'indicateur système d'information, sous réserve de l'avoir obtenue précédemment.
 - Un centre de santé nouvellement créé peut, à titre dérogatoire, ne remplir que 2 des critères socles prévus sur les 2 premières années d'adhésion à l'accord national.

Patientèle de référence

- La patientèle de référence est maintenant dénommée « patientèle du centre de santé » et correspond au nombre de patients quel que soit l'âge ayant déclaré un médecin du centre comme MT / calculé au 31/12 de l'année.
- Par dérogation sur 2017 et 2018, le calcul actuel est maintenu (c'est-à-dire file active MT de plus de 16 ans au 31/12 de + nb d'enfants ayant consulté au moins 2 fois un MG dans l'année)

Financement maximal de l'accord pour un centre de santé ayant une offre de médecine générale :

Au total, cet avenant a permis d'augmenter le financement maximal auquel un centre peut prétendre :

A titre d'exemple, le financement maximal est passé, pour une file active de 4000 patients :

- Pour le niveau socle :
De 5050 points à 5350 points (dont 2800 pts pour la partie fixe au lieu de 2550 et 2550 pts pour la partie variable au lieu de 2500) et une nouvelle référence pour les points

variables a été intégrée, au-delà de la file active du centre, le nombre de PS est pris en compte pour l'indicateur Système d'information.

- Pour le niveau optionnel :
De 2350 pts à 2650 pts (dont 1750 pts pour la partie fixe au lieu de 1450 et maintien des 900 pts de la partie variable).

Centres de santé nouvellement créés

Des dispositions particulières ont été ajoutées concernant les structures nouvellement créées, afin de leur permettre d'accéder dès la première année à l'accord national.

Médecin traitant (article 23.1.1.modifié)

- **Les missions du médecin traitant sont redéfinies** : il favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et services apportés à la population. Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés »
- **Les rémunérations forfaitaires spécifiques du médecin traitant sont modifiées** :

En lieu et place des RMT, RST et FMT sont créés, à compter du 1er janvier 2018 :

Le forfait « patientèle médecin traitant » basé sur la file active MT déclaré et pondéré par niveau de complexité de la prise en charge :

- Enfants 0-6 ans = 6 € / an
- Personnes de 80 ans et + = 42€ / an
- Patients de moins de 80 ans en ALD = 42€ / an
- Patients de plus de 80 ans en ALD = 70€ /
- Tous les autres patients = 5€ / an

Ces rémunérations sont majorées si le taux patients CMU au sein de la patientèle du centre de santé est supérieur d'au moins 7% au taux national.

Les patients concernés par ces forfaits sont comptabilisés au 31 décembre de l'année.

Les premiers versements de ces nouveaux forfaits devraient intervenir pour le 1er semestre 2018.

- **La Majoration Personne âgée (MPA) est maintenue**, mais uniquement pour les consultations réalisées auprès de patients de 80 ans et + qui ne sont pas déclarés médecins traitant au centre (les autres patients basculant sur les nouveaux forfaits patientèle médecin traitant).

ROSP :

- Les centres de santé dentaires ou infirmiers salariant un ou plusieurs médecins généralistes peuvent bénéficier de la ROSP.
- Concernant les données de nature déclarative de la ROSP : la valorisation est conditionnée par la capacité du centre de santé à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier patient.
- Des modalités de calcul spécifiques de la ROSP sont prévus pour les centres nouvellement créés.
- De nouveaux indicateurs de pratique clinique sont pris en compte (cf annexe).
- Au total, la ROSP est dotée d'un maximum de 1000 points sur le suivi des patients médecin traitant de + de 16 ans et 350 points pour le suivi des patients médecin traitant de - de 16 ans.
- Ce nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les + de 16 ans et de 600 patients pour les - de 16 ans.

Application de l'accord national :

Il est précisé désormais, conformément au code de la sécurité sociale les dispositions de l'accord sont applicables aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la CPAM qu'ils ne souhaitent pas être régis par ces dispositions.

Donc l'accord national entre en vigueur pour tout nouveau centre à partir de l'enregistrement de son numéro FINESS (plus de nécessité de bulletin d'adhésion).

Transposition des dispositions contenues dans les conventions libérales :

L'avenant N°1 améliore la réactivité des négociations entre les caisses et les gestionnaires dès lors que de nouvelles conventions (ou avenants) ont été signées par les professionnels libéraux (engagement à démarrer l'examen des transpositions dans les délais légaux (c'est-à-dire 6 mois) après la conclusion des conventions applicables aux libéraux, et non après la parution au Journal Officiel de ces mêmes conventions.

Rapport d'activité :

Le rapport d'activité mentionné dans l'accord national est remplacé, dans l'avenant, par le fait de renseigner la plate-forme informationnelle (ATI). Le délai n'a pas changé (28 février année N+1).

Point de contact unique relative au tiers payant :

Le point de contact CESI (centre de service inter-régime) est inscrit dans l'avenant de l'accord national : l'assurance maladie s'engage à répondre à toutes les questions et toutes les

réclamations liées à la facturation en tiers payant, quelque soit le régime d'affiliation du patient et sa caisse, sur un numéro de téléphone unique accessible aux centres de santé.

Soutien spécifique pour les territoires déficitaires

Les dispositions relatives au soutien de l'offre de soins dans les zones déficitaires sont revues, elles tiennent désormais compte des nouvelles aides conventionnelles prévues pour l'exercice libéral :

Annexe 10 bis : contrat type national d'aide à l'installation des centres médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées

- *Pour un centre médical ou polyvalent qui se crée ou s'installe en zone sous dotée*
- *Ou pour un CSI ou Ctre dentaire qui demande la transformation en polyvalent médical*
- *Non cumulable avec contrat de stabilisation et de coordination (sauf dérogation spécifique à voir dans l'article)*
- *Le centre s'engage sur 5 ans pour l'exercice dans cette zone*
- *Le centre s'engage à participer à la PDSA*
- *L'assurance maladie verse au centre une aide à l'installation de 30 000€ pour le 1er ETP MG et 25 000€ pour le 2ème et 3ème ETP (majorée éventuellement par l'ARS sur des zones particulièrement déficitaires).*
- *Le contrat se poursuit jusqu'à son terme même si une modification du zonage intervient en cours, qui aurait pour conséquence de sortir le CDS d'un territoire sous-doté.*

Annexe 10 ter : contrat type national de stabilisation et de coordination pour les centres de santé médicaux et polyvalents installés en zone sous dotée

- *Pour un centre de santé médical ou polyvalent installé dans une zone sous dotée.*
- *Ne peut être cumulé avec le contrat type national d'aide à l'installation des centres médicaux ou polyvalents dans les zones sous dotées sauf dérogation de l'ARS possible à partir de la 2ème année d'ouverture d'un centre.*
- *Le centre s'engage à appartenir à une CPTS ou à une équipe de soins primaire pendant 3 ans.*
- *L'assurance maladie verse une aide de 5000€ par an et par ETP de médecin salarié.*
- *Une majoration de cette aide peut être accordée par l'ARS sur les zones particulièrement sous-dotées*
- *Contrats de 3 ans renouvelables par tacite reconduction.*

- **Annexe 10 quater : contrat type national de solidarité territoriale en faveur des centres de santé médicaux et polyvalents s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones sous-dotées**
- *Pour les centres de santé médicaux et polyvalents n'exerçant pas dans une zone sous dotée mais apportant son aide à un centre de santé installé dans une zone sous dotée en consacrant une partie de son activité médicale sur ce second centre (au moins 10 jours par an).*
- *Le centre s'engage à mettre à disposition un de ses médecins salariés pour exercer au minimum 10 jours par an dans un centre de santé installé dans une zone sous dotée.*
- *Ce dispositif s'applique aux médecins généralistes et spécialistes mis à disposition.*
- *Obligation de facturer l'activité réalisée dans le centre de santé de la zone sous dotée sur un numéro de facturant spécifique accordé pour l'occasion*
- *L'assurance maladie s'engage à versé au centre de santé 10% des honoraires facturés dans le cadre de cette mise à disposition*
- *Le centre bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement du médecin.*
- *Une majoration de cette aide peut être accordée par l'ARS pour les zones particulièrement sous dotées.*
- *Durée du contrat : 3 ans*

Annexe :

Nouveau : table de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP).