



ACCORD NATIONAL DES CENTRES DE SANTÉ

GUIDE PRATIQUE

DESTINÉ AUX GESTIONNAIRES, DIRECTEURS, PERSONNELS DE CENTRES DE SANTÉ

L'accord national des centres de santé est la convention qui organise les rapports entre les caisses d'assurance maladie et les centres de santé. Il permet aux centres de santé de bénéficier de financements complémentaires au paiement des actes des consultations, ceci en fonction de leur organisation et de leur activité.

Le nouvel accord national signé le 8 juillet 2015 entre la CNAMTS et les représentants des centres de santé, entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016. **Tous les centres de santé peuvent y adhérer.**

La reconnaissance d'une rémunération forfaitaire collective, issue du règlement arbitral,* valorise 3 missions des centres de santé :

- l'accès aux soins,
- le travail d'équipe/la coordination,
- les systèmes d'information.

L'accord national 2015 permet également de valoriser des missions spécifiques aux centres de santé :

- la démarche qualité,
- l'accompagnement des publics vulnérables,
- la télétransmission.

La FNCS a recensé les questions les plus courantes dans ce guide pratique et vous apporte des réponses.

N'hésitez pas nous contacter sur contact@fncs.org pour nous soumettre vos autres interrogations. Nous ne manquerons pas de vous apporter des réponses précises.

* [Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité](#) - Il étend et pérennise de nouveaux modes de rémunération jusque là expérimentales (ENMR) pour la coordination d'équipe des maisons et centres de santé.

Sommaire

Pourquoi, pour qui, comment ...

p. 4

- Pourquoi adhérer à l'accord national ?
- Quels sont les centres de santé concernés ?
- A quel moment et quelles démarches effectuer pour adhérer ?
- Le centre de santé doit-il répondre à tous les engagements de l'accord national ?
- Quels sont les engagements obligatoires pour prétendre à la rémunération de la coordination des soins et de la structure (bloc commun principal et complémentaire) ?
- Si le centre de santé n'est pas ouvert de 8h à 20h et le samedi matin, peut-il adhérer à l'accord national ?

Concertation, coordination, informatisation ...

p. 10

- Concernant la coordination organisée, qu'entend-on par « responsable identifié » ?
- Qu'est-ce que la concertation professionnelle ?
- Qu'est-ce qu'un protocole pluriprofessionnel ?
- Quelles sont les obligations en matière d'informatisation ?
- Quels sont les téléservices dorénavant accessibles pour les centres de santé ?

Transition, rémunération, calendrier ...

p. 14

- Quels sont les autres actions menées par les centres de santé susceptibles de faire l'objet d'une rémunération ?
- Que deviennent les options de coordination ? [art. 18](#)
- La file active MT de la ROSP est-elle identique à celle prise en compte pour le calcul de la rémunération de la coordination et de la structure ?
- Sur quelle base de référence sont calculées les rémunérations variables ? [art. 13.1 et suivants](#)
- Comment effectuer le calcul des coûts de prothèse pour un centre de santé municipal, et se conformer à l'obligation de devis ?
- Base médecins traitants : comment la CPAM procède-t-elle pour obtenir une base complète régime général et sections locales mutualistes ?
- Une fois l'adhésion effective, quelles sont les modalités de versement des financements ?

Pourquoi ?

Pour qui ?

Comment ?

Pourquoi adhérer à l'accord national ?

L'adhésion à l'accord national permet de bénéficier de certains avantages intrinsèques.

- Bénéficier des délais de règlement des feuilles de soins suivants :
 - FSE : 4 jours à compter de l'Accusé Réception Logique [art. 34.3](#)
 - Feuilles de soins papier : 20 jours à compter de la réception des documents nécessaires [art. 38](#)
- Mise à disposition de l'outil CDR à tous les centres [art. 39](#)
- Mise à disposition gratuite de tests de diagnostic rapide de l'angine [art. 22.1.1.5](#)
- Mise à disposition d'appareils d'auto-mesure tensionnelle [art. 22.1.1.6](#)
- Transposition de forfaits jusqu'à présent réservés au secteur libéral :
 - Forfait Médecin traitant (5€/patient/an),
 - Forfait pour les patients ALD (40€/patient/an),
 - Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), [art. 24](#)
- Transposition de certaines aides spécifiques pour les zones sous dotées, jusqu'à présent réservées au secteur libéral (contrats incitatifs - sous réserve d'adhésion), [art. 17 - annexes 8, 11, 14](#)
- Être représenté dans les commissions paritaires départementales.

Il engage - a minima - le centre de santé à :

- appliquer les tarifs opposables [art. 01](#)
- Favoriser la prévention [art. 20](#)

Cet accord est aussi et surtout l'occasion, pour les centres, d'obtenir une valorisation financière en contrepartie d'engagements qualitativement plus exigeants - correspondant à leurs missions - et d'améliorer ainsi le fonctionnement de leur centre et le service médical rendu aux patients :

- Engagements en matière d'accessibilité, d'organisation et de coordination,
- Engagements en matière de démarche qualité,
- Engagements en matière d'accompagnement des publics les plus vulnérables.

Quels sont les centres de santé concernés ?

Tous les centres de santé sont concernés par l'accord national dans lequel est précisé chaque « type » de centre en fonction de son activité. [art. 3](#)

- **Le centre de santé médical** : le centre de santé ayant une activité médicale exclusive ou quasi-exclusive.

- **Le centre de santé polyvalent**
 - soit le centre de santé ayant au moins une activité médicale et une activité paramédicale,
 - soit le centre de santé ayant une activité médicale et une activité d'une autre profession médicale (chirurgien-dentiste ou sage-femme) sans activité paramédicale.

- **Le centre de santé dentaire** : centre ayant une activité dentaire exclusive ou quasi-exclusive, c'est à dire dont les honoraires dentaires totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

- **Le centre de santé infirmier** : centre ayant une activité infirmière exclusive ou quasi-exclusive, c'est-à-dire dont les honoraires infirmiers totaux représentent 80% des honoraires totaux du centre de santé.

Concernant un potentiel changement de typologie d'un centre de santé – art. 49

Le centre de santé peut modifier sa spécialité initialement déclarée lors de son adhésion, au titre de l'année civile et ce une fois par an.

La caisse primaire d'assurance maladie peut également modifier la spécialité d'un centre de santé lorsque celle-ci ne correspond pas à l'activité observée à partir des données issues du système d'information de l'assurance maladie au titre d'une année civile complète.

Dans ce cadre, la caisse primaire d'assurance maladie informe le gestionnaire du centre de santé, au plus tard deux mois avant la modification de cette spécialité, par tout moyen autre que par messagerie électronique permettant de déterminer la date de réception de cette modification.

A quel moment et quelles démarches effectuer pour adhérer ? - art. 49

Les centres de santé ayant adhéré au précédent accord national doivent adresser **avant le 31 décembre 2015** leur demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception à leur caisse primaire d'assurance maladie.

Les centres de santé n'ayant pas adhéré au précédent accord national adressent une demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception, à la caisse d'assurance maladie de leur ressort géographique.

Le centre de santé doit joindre à sa demande d'adhésion auprès de la CPAM :

- L'accusé de réception du Directeur général de l'ARS et le numéro FINESS
- Le projet de santé.

L'adhésion à l'accord national devient effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de la demande, dès lors que le dossier transmis est conforme. Dans le cas contraire, la caisse primaire d'assurance maladie demande au centre de santé la communication des éléments manquants.

Lors de son adhésion, le centre de santé déclare également s'il relève de la spécialité de centre de santé médical, polyvalent, infirmier ou dentaire, au sens de l'article 3 du présent accord.

Pour ceux qui auraient adhéré en 2015 au règlement arbitral, la démarche de désengagement sera précisée en temps voulu.

Le centre de santé doit-il répondre à tous les engagements de l'accord national ?

Certains engagements sont obligatoires, ils sont dits « socles ». Il est cependant possible d'atteindre certains objectifs gradués qui font l'objet de minoration des points.

L'accord national se divise en 3 grandes parties :

- Le bloc commun principal dont certains engagements sont obligatoires, d'autres sont optionnels.
- Le bloc commun complémentaire uniquement optionnel.
- Des transpositions forfaitaires accordées selon l'activité du centre, sa situation géographique....

■ **Le bloc commun principal – des engagement obligatoires, d'autres optionnels**
art. 5

Le premier bloc d'engagements reprend, pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, les engagements et modalités de rémunération fixés par le règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité. Ces modalités sont déclinées pour les centres de santé dentaires et infirmiers en les adaptant à leurs propres spécificités.

■ **Le bloc commun complémentaire – uniquement optionnel** art. 6

Un deuxième bloc d'engagements complète le dispositif afin de valoriser des services complémentaires dans chacun des trois axes précités. Il s'agit d'une part, d'objectifs d'organisation, de qualité de service et de mise en place de procédures de repérage et d'accompagnement de publics en situation de vulnérabilité pour l'ensemble des centres et d'autre part, d'objectifs plus spécifiques pour les centres de santé médicaux ou polyvalents, en matière de dossiers informatisés de patients et d'utilisation des téléservices de l'assurance maladie.

■ **Les transpositions jusque là réservées aux praticiens libéraux**

Forfait Médecin traitant (5€/patient/an), forfait pour les patients ALD (40€/patient/an), rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP), aides spécifiques pour les zones sous dotés, contrats incitatifs - sous réserve d'adhésion.

Quels sont les engagements obligatoires pour prétendre à la rémunération de la coordination des soins et de la structure (bloc commun principal et complémentaire) ?

Certains engagements sont obligatoires pour ouvrir droit à rémunération. On parle aussi « d'engagements socles ».

On distingue les engagements obligatoires et les engagements optionnels.

Les engagements socle doivent être obligatoirement remplis pour ouvrir droit au versement d'une rémunération. Toutefois, une progressivité est prévue dans le niveau d'atteinte de certains objectifs afin de laisser aux centres **un temps d'adaptation pour parvenir à leur réalisation** : le prérequis est considéré comme respecté mais ouvre droit à une rémunération minorée.

- Accès aux soins
 - Amplitude d'ouverture (minoration des points possible)
 - Accès à des soins non programmés tous les jours
 - Coordination interne identifiée

- Travail en équipe
 - Concertation professionnelle formalisées
 - Protocoles pluriprofessionnels

- Systèmes d'information
 - Logiciel labellisé ASIP 1
 - dossier informatisé pour les centres dentaires et infirmiers

Pour permettre aux centres de santé une progressivité dans la mise en œuvre des objectifs, des dérogations sont possibles.

En 2016, les pré-requis pour prétendre à la rémunération coordination sont estimés remplis si sont respectés :

- les 3 critères socle de l'accès aux soins
- un autre critères socles « travail en équipe » ou « systèmes d'information » [art. 13](#)

Une charte d'engagement sur le service aux patients qui reprend l'ensemble de ces engagements doit être affiché dans le centre.

Si le centre de santé n'est pas ouvert de 8h à 20h et le samedi matin, peut-il adhérer ?

Concernant l'amplitude d'ouverture il est prévu dans l' **art.15.5 une minoration des points en fonction de l'amplitude horaire** :

- Ouverture **entre 10h et moins de 12h par jour en semaine et le samedi matin** ; une minoration de 60 points est appliquée.
- Ouverture **entre 8h et moins de 10h en semaine et le samedi matin** ; une minoration de 150 points est appliquée.
- - **la fermeture le samedi** ; une minoration de 120 points est appliquée.
- **la fermeture au maximum pendant trois semaines pendant les congés scolaires** dans l'année ; une minoration de 30 points est appliquée par semaine de fermeture dans la limite de trois semaines.

Si l'amplitude d'ouverture de votre centre de santé est en deça de ces dérogations - par exemple votre centre de santé est fermé plus de 3 semaines durant les congés scolaires - alors un des 3 critères socles (obligatoires) « accès aux soins » du bloc commun principal n'est pas rempli et le centre n'est pas éligible aux rémunérations des blocs communs principal et complémentaire.

Le centre de santé continuera à bénéficier des autres rémunérations de l'accord national selon certains critères : forfait aide à l'installation et au maintien, forfait Médecin Traitant, PDSA,

Coordination ?

Concertation ?

Informatisation ?

Concernant la coordination organisée, qu'entend-on concrètement par « responsable identifié » ?

La fonction de coordination au sein de la structure peut être occupée indifféremment par un professionnel de santé ou par du personnel administratif. La personne qui exerce cette fonction devient alors la « responsable identifiée ». L'objectif est de mettre en place une organisation permettant d'assurer :

- l'accueil des patients ;
- l'information concernant leurs droits (notamment pour les patients CMUC, ACS) ;
- leur orientation auprès des différents professionnels au sein de la structure ;
- la coordination des informations les concernant entre les différents professionnels de santé de la structure amenés à assurer leur suivi médical ;
- le cas échéant, leur orientation vers les professionnels de santé, les services ou les établissements sanitaires ou médico-sociaux que leur prise en charge nécessite ;
- la gestion des plannings des différents professionnels de la structure, permettant une prise en charge coordonnée des patients en fonction de leurs besoins ;
- *etc.*

Qu'est-ce que la concertation professionnelle ?

Elle ne concerne que les centres médicaux et polyvalents. Il s'agit de réunions d'équipe organisées entre les médecins et les autres professionnels de santé du centre dont l'objet est la revue des dossiers patients.

Ces réunions doivent respecter les modalités suivantes :

- porter sur des affections pour lesquelles l'amélioration des pratiques est susceptible de permettre des gains de qualité (listes art. 8.3.1.1),
- faire l'objet d'un compte rendu intégré au dossier médical du patients,
- se tenir une fois par mois en moyenne et concerner 3 % de la patientèle Médecin Traitant du centre de santé.

Pour les centres médicaux sans activité paramédicale, deux solutions existent pour valider ce critère avec toutefois une minoration de 250 points :

- Concertation professionnelle entre médecins uniquement,
- Concertation avec des paramédicaux extérieurs à la structure qui ont signé une convention avec le centre de santé.

Les centres de santé infirmiers et dentaires pour leur part sont tenus d'organiser des **réunions de coordination** portant sur l'organisation interne des soins et sur l'examen des dossiers de patients complexes. Ces réunions doivent faire l'objet de comptes-rendus.

Elles doivent être au nombre de 3 par an pour les centres dentaires et de 6 pour les centres infirmiers.

Qu'est-ce qu'un protocole pluriprofessionnel ?

Les protocoles pluriprofessionnels visent à fournir à chaque professionnel intervenant dans la prise en charge du patient l'ensemble des informations déjà recueillies qui lui sont nécessaires pour prendre ses décisions.

Attention ! Ne pas confondre les protocoles pluriprofessionnels dont il est question ici avec les protocoles de coopération, issus de l'article 51 de la loi HPST de 2009. Ces derniers sont du ressort des ARS, qui - région par région - décident d'étendre ces protocoles une fois validés par la HAS, et permettent de déléguer des compétences d'un professionnel de santé - souvent médecin - à un autre - souvent paramédical.

Les équipes des centres de santé peuvent élaborer et mettre en œuvre leur propre protocole en suivant [la méthodologie préconisée par la HAS](#) pour proposer des solutions aux problèmes de prise en charge et favoriser l'harmonisation des pratiques.

Il existe actuellement sept protocoles pluriprofessionnels.

Pour chacun des sept protocoles il existe un dossier complet disponible. Le dossier comprend un argumentaire détaillé, un argumentaire résumé et une fiche de suivi. Vous pouvez les consulter sur le site de la fncs.

- [Bronchiolite du nourrisson](#) ;
- [Amélioration de la couverture vaccinale](#) ;
- [Diabète de type 2 suivi et autonomisation du patient](#) ;
- [AVK : gestion quotidienne](#) ;
- [Lombalgie commune - comment prévenir les récurrences](#) ;
- [Plaies chroniques et ulcères de jambe](#) ;
- [HTA découverte fortuite d'une pression artérielle élevée](#)

Pour les centres de santé médicaux sans paramédicaux, ils ont obligation d'élargir le protocole à une seconde profession de santé hors du centre de santé.

Quelles sont les obligations en matière d'informatisation ?

Pour un centre de santé médical ou polyvalent, le système d'information doit répondre au cahier des charges l'ASIP. Le logiciel du centre de santé doit être labellisé à minima de niveau 1 au plus tard le 31 décembre 2016. De plus, les dossiers informatisés et partagés doivent être renseignés pour au moins 1/3 des patients la 1^{ère} année qui suit la mise en place du logiciel - **art. 8.4** Par dérogation, cette rémunération est versée jusqu'au 31 décembre 2016 au centre qui dispose :

- soit d'un système d'info partagé et compatible avec le DMP,
- soit d'un système d'information labellisé par l'ASIP.

Pour un centre de santé infirmier, le système d'information doit permettre :

- la tenue d'un dossier infirmier informatisé, structuré et partagé entre les professionnels du centre,
- l'utilisation de solution mobile d'accès aux dossiers depuis le domicile du patient,
- l'évolutivité et l'interopérabilité du système d'information qui est compatible avec le DMP et permet l'usage de messagerie sécurisée.

Dérogation : jusqu'au 1^{er} juillet 2017, ce critère n'est pas considéré comme un critère socle. Pour bénéficier d'un financement minoré sur cet indicateur, le centre de santé doit être capable de tenir un dossier infirmier minimal standardisé. **art. 15.5**

Pour les centres de santé dentaire ou un service dentaire dans un centre polyvalent, le système d'information doit permettre :

- la tenue d'un dossier dentaire structuré,
- l'évolutivité et l'interopérabilité du système d'information qui est à terme DMP compatible et permet l'usage de messagerie sécurisée.

Quels sont les téléservices dorénavant accessibles pour les centres de santé ? - Sous titre 3

Les téléservices d'ores et déjà disponibles pour tous les centres de santé sur le portail "ESPACE PRO" de l'assurance maladie sont les 4 services suivants :

- les informations sur les droits des patients,
- les informations relatives au paiement en tiers payant, aux aides à la télétransmission,
- la liste de la patientèle MT,
- l'accès à certains formulaires de commande (formulaires, tests de dépistage).

D'autres téléservices sont dits "disponibles en mode intégré aux logiciels". L'éditeur de logiciels, prestataire du centre de santé, doit se rapprocher des services de la sécurité sociale, pour intégrer dans ses logiciels métier l'accès à ces téléservices via l'utilisation de la CPS. Il s'agit notamment :

- de la déclaration médecin traitant en ligne,
- du dispositif de numérisation et de télétransmission des ordonnances (SCOR).

Cette contrainte est liée à l'impossibilité, pour l'espace pro AMELI, d'identifier un médecin d'un centre de santé nominativement puisque seul le FINESS du centre est reconnu. Un travail est en cours pour l'identification des RPPS sur espace pro, toutefois aucune date ne nous a été donnée.

D'autres téléservices doivent être mis progressivement à disposition des centres de santé, mais requièrent encore des développements de la part de la sécurité sociale. [art. 43](#)

Transition ?

Rémunération ?

Échéance?

Quelles sont les actions susceptibles de faire l'objet d'une rémunération qui ne sont pas obligatoires ?

Les engagements optionnels du bloc commun principal et ceux du bloc commun complémentaire font l'objet d'une rémunération.

Pour le bloc commun principal ce sont :

- les missions de santé publique,
- la présence de spécialistes,
- l'accueil de jeunes professionnels en stage,
- la convention avec des établissements médico-sociaux...

Pour le bloc commun complémentaire :

- la démarche qualité basé sur le référentiel d'évaluation des centres de santé – HAS 2007,
- l'accompagnement des publics vulnérables,
- l'utilisation des téléservices CPAM...

Retrouvez le détail des points attribués selon les thèmes et le type de centre dans nos grilles de lecture joints en annexe.

Que deviennent les options de coordination du précédent accord national ?

Inscrites dans l'accord national signé en 2003 et reconduit en 2008, les options de coordination sont appelées à disparaître progressivement au profit du nouvel accord national signé en 2015.

art. 18.2

*Afin de garantir aux centres de santé bénéficiant de la rémunération une stabilité de leur situation financière préservant l'équilibre de leur activité, les parties signataires mettent en œuvre un **mécanisme transitoire d'accompagnement**, dans les conditions suivantes.*

Les modalités de mise en œuvre du mécanisme de compensation du différentiel entre les rémunérations issues des options du précédent accord national et les nouvelles rémunérations du présent accord national s'appuient sur les données définies comme suit.

Pour le calcul du différentiel de rémunération, sont pris en compte pour chaque centre de santé, le montant de la rémunération perçue au titre de l'ancienne option médicale, infirmière ou dentaire pour l'année 2014 comparé au montant total des rémunérations perçues chaque année à savoir rémunération visée à l'article 13, rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), rémunérations RMT, FMT, MPA, RST, rémunérations de l'option dentaire et du contrat incitatif en matière démographique telles que définies par le présent accord.

Le centre de santé affichant un différentiel de rémunération, entre le montant des éléments de rémunération précités calculé au titre de chaque année et le montant de la rémunération perçue au titre de 2014 pour la ou les options antérieures, bénéficie :

- *Au titre de 2016, du versement de 100% du montant du différentiel constaté,*
- *Au titre de 2017, du versement des deux tiers de ce différentiel,*
- *Au titre de 2018, du versement d'un tiers de ce même différentiel.*

La file active MT de la ROSP est-elle identique à celle prise en compte pour le calcul de la rémunération de la coordination et de la structure ?

Non, pour la ROSP, il s'agit exclusivement des patients ayant déclaré le centre comme médecin traitant, alors que la file active prise en référence pour le calcul des rémunérations variables inclus également les enfants de moins de 16 ans ayant consommé au moins deux soins de médecine générale dans l'année.

En revanche, dès que la loi de Santé aura validé la déclaration du médecin traitant par les enfants, ceux-ci devraient logiquement être inclus dans la ROSP.

Sur quelle base de référence sont calculées les rémunérations variables ?

Les rémunérations variables sont calculées sur une base référence moyenne de patients déterminés selon l'activité du centre de santé. **art. 13.1 et suivants**

- **Pour les centres médicaux ou polyvalents**, la partie variable de la rémunération est établie en fonction d'une patientèle de référence moyenne de **4 000 patients** (patientèle déclarante **Médecin Traitant** au 31 décembre de l'année de référence et du nombre d'**enfants âgés de 0 à 16 ans ayant consommé au moins deux soins** de médecins généralistes exerçant dans le centre de santé au cours de l'année de référence). **Il est très important que le centre de santé soit vigilant sur LA DECLARATION MEDECIN TRAITANT de ses patients afin que les données informatisées soient le reflet exact de la file-active « patients MT ».**
- **Pour les centres dentaires ou l'activité dentaire des centres polyvalents**, le nombre de points de la partie variable est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de **2 600 patients** (nombre de **patients ayant eu au moins un soin remboursable facturé** par un des chirurgiens-dentistes du centre de santé au cours de l'année de référence) ;
- **Pour les centres infirmiers ou l'activité infirmière des centres polyvalents**, le nombre de points de la partie variable est établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne de **450 patients** (nombre de patients ayant eu **au moins trois soins facturés et remboursables réalisés à des dates différentes** dans l'année par un des infirmiers du centre de santé. Si le taux de patients en ALD dépasse la moyenne nationale (45,2%), une majoration de la patientèle égale à la différence entre le taux national et le taux de la structure est appliquée, dans la limite de 20% ;

Pour le respect du critère relatif au système d'information dans les centres de soins infirmiers, le nombre de points de la partie variable de la rémunération est établi en fonction du nombre d'infirmiers exerçant au sein du centre de santé évalué en équivalent temps plein (ETP).

Comment effectuer le calcul des coûts de prothèse pour un centre de santé municipal, et se conformer à l'obligation de devis ?

Le détail du calcul des coûts d'achat de prothèse et de fonctionnement du cabinet dentaire est, il est vrai, relativement complexe. Toutefois, la nomenclature comptable indiquée est également utilisée par les collectivités.

En revanche, comme très peu de gestionnaires municipaux isolent les charges (personnel, achats généraux, entretien etc...) par service, il est admis que les centres de santé municipaux procéderont à **une estimation de leur charge au plus près de la réalité**, sans qu'une vérification exhaustive puisse intervenir. Les clés de répartition des charges, notamment entre les activités dentaires et autres, pour les centres polyvalents, sont déterminés par le gestionnaire.

Comment la CPAM va-t-elle obtenir une base complète régime général et sections locales mutualistes ?

Les CPAM, en attendant d'avoir une centralisation des données de déclaration Médecin Traitant MT, extrapolent les files actives MT au regard du poids spécifique de chacun des autres régimes dans leurs départements. Pour ce qui concerne certains régimes, notamment la fonction publique, les données devraient être agrégées.

Une fois l'adhésion effective, quelles sont les modalités de versement des financements ?

Ce calendrier pourra faire l'objet de modifications dans les semaines à venir.

2015

- Pour les centres ayant adhéré au Règlement Arbitral : versement de l'avance suivant le montant prévu dans la convention (pour les anciens centres NMR : 100% de la somme obtenue en 2014).
- Options de coordination : versement jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord.
- Aide à la télétransmission : versement jusqu'à l'entrée en vigueur du nouvel accord.

- Forfait ALD : paiement trimestriel.
- **avant le 31/12/2015 adhésion du centre de santé à l'Accord National.** Dénonciation automatique du Règlement Arbitral au 01/01/2016 pour les centres concernés.

2016

- Paiement du solde des options de coordination signées avant l'entrée en vigueur de l'accord + aides à la télétransmission dues au titre du précédent accord pour l'année 2015 **art. 18.2.1** Condition : adhésion au nouvel accord avant le 31/12/2015.
- Paiement du solde du contrat "Règlement Arbitral 2015".
- Avance : 50% du montant de l'AOC 2016 sur hypothèse d'un taux de réalisation 100% du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire;
- Forfait ALD : Paiement trimestriel
- Février : Fournir aux CPAM les justificatifs permettant le calculs des rémunérations.
- 30 juin : Transmission à la CPAM du rapport d'activité annuel N-1.

2017

- 25 février Transmission à la CPAM de l'ensemble des justificatifs prévus pour 2016 (incluant données déclaratives pour ROSP 2016).
- 30 juin Transmission à la CPAM du rapport d'activité conventionnel pour 2016
- 30 avril Versement solde 2016 CPAM. Application du mécanisme transitoire d'accompagnement financier **art. 18.2.2** => si le centre de santé perçoit moins dans le cadre du nouvel accord (TOUT inclus, y compris transpositions des forfaits), compensation de 100% de la différence.
- Avance 2018 60% de l'AOC obtenu au titre de 2016 (référence : réalisation effective).
- Forfait ALD : Paiement trimestriel
- Paiement ROSP

2018

- 25 février Transmission à la CPAM de l'ensemble des justificatifs prévus pour 2017
- 30 juin Transmission à la CPAM du rapport d'activité conventionnel pour 2017
- 30 avril Versement solde 2017 CPAM. Application du mécanisme transitoire d'accompagnement financier des options de coordination => si le centre de santé perçoit moins dans le cadre du nouvel accord (TOUT inclus, y compris transpositions forfait), compensation de 2/3 de la différence.
- Second trimestre

Versement des aides prévues au contrat incitatif au titre de l'année 2017 (si centre concerné).
- Avance 2019 60% de l'AOC obtenu au titre de 2017 (référence : réalisation effective).
- Forfait ALD : Paiement trimestriel

2019

- 25 février Transmission à la CPAM de l'ensemble des justificatifs prévus pour 2018
- 30 juin Transmission à la CPAM du rapport d'activité conventionnel pour 2018
- 30 avril Versement solde 2018 CPAM. Application du mécanisme transitoire d'accompagnement financier des options de coordination (art. 18.2.2) => si le centre de santé perçoit moins dans le cadre du nouvel accord (TOUT inclus, y compris transpositions du libéral), compensation de 1/3 de la différence.
- Second trimestre

Versement des aides prévues au contrat incitatif au titre de l'année 2018 (si centre concerné).
- Forfait ALD : Paiement trimestriel