



FAQ

CENTRES DE SANTE

Mise à jour : [Janvier 2016](#)

Sommaire :

MODALITES D'ADHESION A L'ACCORD NATIONAL (TITRE IV - SOUS-TITRE 2)	3
REMUNERATION FORFAITAIRE SPECIFIQUE COMMUNE A TOUS LES CENTRES DE SANTE (TITRE I – SOUS-TITRE 2)	4
PRE-REQUIS ET DEROGATION (articles 14 et 15-5)	5
AMPLITUDE HORAIRE	6
FORMATION DES JEUNES PS	6
SYSTEME D'INFORMATION	7
DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS	7
AIDES A LA TELETRANSMISSION	8
PATIENTELE ET FILE ACTIVE	8
AVANCE ET SOLDE (article 18.1)	11
COMPENSATIONS FINANCIERES (ARTICLE 18.2)	12
CONTRATS INCITATIFS	14
PERMANENCE DES SOINS	15
CONTRATS D'ACCES AUX SOINS DENTAIRE (ARTICLE 21 - ANNEXE 20) ...	16
ANCIENNES OPTIONS DE COORDINATION	17
SUBVENTION TEULADE	18

**MODALITES D'ADHESION A
L'ACCORD NATIONAL (TITRE IV -
SOUS-TITRE 2)**

Question 1 : *En cas de pluralité d'entités géographiques rattachées à une même entité juridique, un formulaire d'adhésion doit-il être signé par chacune des entités géographiques ?*

Réponse 1

Un bulletin d'adhésion doit être signé par chaque entité géographique identifiée comme telle par son numéro FINESS.

**REMUNERATION FORFAITAIRE
SPECIFIQUE COMMUNE A TOUS
LES CENTRES DE SANTE (TITRE I –
SOUS-TITRE 2)**

Sous-thèmes :

PRE-REQUIS ET DEROGATION (articles 14 et 15-5)	5
AMPLITUDE HORAIRE	6
FORMATION DES JEUNES PS	6
SYSTEME D'INFORMATION	7
DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS	7
AIDES A LA TELETRANSMISSION	8
PATIENTELE ET FILE ACTIVE.....	8
AVANCE ET SOLDE (article 18.1)	11

PRE-REQUIS ET DEROGATION (articles 14 et 15-5)

Question 1 : *Comment s'applique la dérogation aux prérequis prévue jusqu'au 31 décembre 2016 ?*

Réponse 1

Si le centre de santé ne remplit pas en 2016 l'ensemble des critères prévus par le bloc commun principal mais l'ensemble des critères prévus par l'axe « accès aux soins » et seulement un des critères de l'axe « travail en équipe » et de l'axe « système d'information », il ouvre droit au versement de la rémunération forfaitaire spécifique.

A partir de 2017, le centre de santé devra respecter tous les engagements non optionnels du bloc commun principal pour ouvrir droit au paiement de la rémunération forfaitaire spécifique.

Une dérogation supplémentaire est prévue pour le critère système d'information des centres de santé infirmiers. Ce critère n'est pas considéré comme un critère socle jusqu'au 1er juillet 2017.

Question 2 : *Comment faut-il comprendre la dérogation accordée jusqu'au 31/12/2016 et selon laquelle les prérequis sont estimés remplis si l'ensemble des critères socle de l'axe accès aux soins et au moins un des critères socle de l'axe travail en équipe ou de l'axe système d'information sont respectés ? Cela signifie-t-il que le centre doit justifier à la fin de l'année 2016 de la réalisation des objectifs sur l'année 2016 ? Ou l'obligation de justifier du respect de tous les critères ne porte que sur l'année 2017 avec transmission de tous les justificatifs en 2018 ?*

Réponse 2

La dérogation prévue à l'article 14 de l'accord national a été instaurée afin de permettre aux centres de santé de s'approprier les nouveaux engagements. Ainsi, les centres de santé qui ne remplissent pas tous les engagements socle au 31 décembre 2016 ne seront pas pénalisés pour le versement du solde en 2017 (cf. question 1). Si un des critères socle n'est pas rempli en 2016 (sauf les trois critères de l'accessibilité), il ne fera pas l'objet d'une rémunération, mais n'empêchera pas la rémunération des autres critères socle ou optionnels remplis cette même année. La vérification du respect des engagements s'effectuera en 2017 pour l'année 2016 au regard des éléments transmis par les centres de santé. Ainsi, les centres de santé doivent transmettre au plus tard le 28 février 2017, les justificatifs prouvant la réalisation des indicateurs mis en œuvre par le centre de santé.

L'obligation du respect de tous les critères ne s'applique donc qu'à partir de 2017 avec transmission de tous les justificatifs en 2018.

Question 3 : *Un centre de santé qui ne respecte pas l'amplitude horaire prévue par le bloc commun principal remplit-il les prérequis ouvrant droit à versement de la rémunération forfaitaire spécifique ?*

Réponse 3

S'il est ouvert moins de 8H par jour en semaine, il ne respecte pas les prérequis et ne percevra donc aucune rémunération, ni au titre de 2016 ni les années suivantes.

Si son amplitude horaire est aménagée dans les conditions prévues par l'article 15.5 de l'accord, il ouvre droit à la rémunération forfaitaire spécifique (les autres critères prérequis étant respectés) mais avec les minorations décrites dans le même article, au titre de l'année 2016 et les années suivantes.

AMPLITUDE HORAIRE

Question 1 : *Doit-il y avoir une concertation avec l'ARS pour les dérogations aux horaires d'ouverture ?*

Réponse 1

Il convient de distinguer :

La dérogation régionale prise par l'ARS au dispositif de permanence de soins qui peut modifier l'amplitude horaire prévue dans l'accord, sans minoration des points.

Les réductions d'amplitude horaires prévues par l'accord national avec minoration de points, sur lesquelles l'ARS n'intervient pas.

FORMATION DES JEUNES PS

Question 1 : *Si le centre de santé n'a pas d'étudiant à former, des points lui sont-ils enlevés ?*

Réponse 1

Il s'agit d'un critère optionnel. Le centre de santé qui ne remplit pas ce critère ne bénéficie pas de la rémunération correspondante.

SYSTEME D'INFORMATION

Question 1 : *Dans l'attente de la mise en place de messageries sécurisées, quelles sont les modalités d'information des médecins traitants sur le dispositif de vaccination antigrippale hors primo-injection pour les centres de santé infirmiers ?*

Réponse 1

Dans l'attente de la mise en œuvre de messageries sécurisées, les centres de santé infirmiers doivent mettre en place une procédure permettant, par tout moyen, d'informer le médecin traitant des vaccinations réalisées.

Une information régulière (au moins tous les 15 jours) doit être instaurée

DIVERSIFICATION DE L'OFFRE DE SOINS

Question 1 : *Les quatre critères de l'indicateur « diversification de l'offre de soins » de l'axe accès aux soins de la rémunération forfaitaire spécifique doivent-ils être respectés pour ouvrir droit au paiement des 900 points cumulés au titre de l'avance versée en avril 2016 ? Ou le calcul prend-il en compte le nombre d'ETP calculé par profession médicale ou paramédicale exerçant au sein du centre de santé et transmis par le centre de santé avant fin février 2016 ?*

Réponse 1

Le calcul de l'avance versée en 2016 est réalisé sur la base théorique de l'atteinte de 100% des objectifs du bloc commun principal socle et optionnel et du bloc commun complémentaire.

Les quatre critères de l'indicateur "diversification de l'offre de soins" sont donc considérés comme respectés en totalité pour 2016 et ouvrent droit au versement de l'avance en 2016. Le détail des ETP des professionnels de santé du centre n'est pas pris en compte pour ce critère dans le cadre du paiement de l'avance en 2016.

AIDES A LA TELETRANSMISSION

Question 1 : *Comment seront calculés les aides à la télétransmission au titre de 2015 qui seront versées en 2016 ? La règle de l'examen des dossiers en CPR-CPD posée par l'avenant 3 à l'ancien accord national pour les centres dont le taux de FSE se trouverait être entre 50 et 70% s'appliquera-t-elle ?*

Réponse 1

Les modalités de calcul et d'examen prévues par l'ancien accord restent applicables pour l'année 2015, sans proratisation

PATIENTELE ET FILE ACTIVE

Question 1 : *Pour les centres de santé polyvalents, comment est calculé la patientèle "médecin traitant" en centre de santé ? faut-il que le patient ait consommé au moins 1 soin dans l'année ?*

Comment est calculée la file active lorsque les patients qui ont déclaré un médecin traitant changent de médecin traitant en cours d'année ?

Réponse 1

Le calcul de la patientèle "médecin traitant" du centre de santé prend en compte la patientèle médecin traitant déclarante et non consommante. Par conséquent, il ne tient pas compte du fait qu'un patient ait consommé ou non un soin dans l'année.

Le nombre de patients comptabilisés est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération est calculée.

Dans le cas d'un patient ayant changé de médecin traitant au cours de l'année de référence, le patient est comptabilisé au bénéfice du nouveau médecin traitant déclaré au 31 décembre de l'année de référence.

Question 2 : *Pour les activités dentaires et infirmières des centres de santé polyvalents, comment la patientèle de ces activités doit être prise en compte ? Comment la patientèle des professionnels de santé exerçant une activité dentaire ou infirmière dans un centre de santé polyvalent doit-elle être calculée ?*

Réponse 2

Les centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire ou infirmière peuvent bénéficier du versement d'une rémunération variable pour certains critères. Cette part variable est calculée selon le cas en fonction de la patientèle de référence moyenne définie pour un centre de santé dentaire (cf. article 13.2, soit 2 600 patients), ou en fonction de la patientèle de référence moyenne définie pour un centre de santé infirmier (cf. article 13.3 soit 450 patients).

Question 3 : *La part variable de la rémunération forfaitaire est fonction soit de la patientèle de référence soit du nombre d'ETP. Comment est calculée la part variable dépendante de la patientèle ?*

Réponse 3

Le nombre de points de la part variable a été établi en fonction d'une patientèle de référence moyenne selon le type de centre de santé (4000/2600/450). Cette patientèle de référence est définie aux articles 13.1, 13.2 et 13.3 de l'accord national.

Le calcul de la part variable de la rémunération forfaitaire est fonction de la patientèle réelle du centre de santé, soit $\text{Rémunération} = \text{nombre de points} \times (\text{patientèle réelle} / \text{patientèle de référence}) \times 7\text{€}$.

Ce calcul est réalisé par la CNAMTS.

Aussi, si un centre de santé a une patientèle supérieure à la patientèle de référence, la rémunération associée sera plus importante. Au contraire, si un centre de santé à une patientèle inférieure à la patientèle de référence, la rémunération associée sera moindre.

Question 4 : *Pour le critère concertation professionnelle, l'objectif d'une concertation formalisée pour au moins 3% de la patientèle du centre de santé, s'applique-t-il à l'ensemble des patients du centre de santé ou à ceux concernés par les affections visées à l'article 8.3.1.1. de l'accord national ?*

Réponse 4

L'objectif fixé concerne la patientèle de référence telle que définie à l'article 13.1 de l'accord national (patientèle médecin traitant et enfants de moins de 16 ans).

Question 5 : *Les données consolidées par le système d'information national de l'assurance maladie relatives à la file active, au taux CMU et AME, seront-elles transmises aux centres de santé avant le premier versement ?*

Réponse 5

Les données concernant la file active, le taux CMU et AME, seront transmises aux centres de santé dans le cadre des courriers d'information qui seront envoyés aux centres de santé leur précisant le montant perçu au titre de l'avance.

AVANCE ET SOLDE (article 18.1)

Question 1 : *La « minoration » prévue pour le critère « amplitudes d'ouverture » sera-t-elle intégrée dans le premier versement en 2016 (avance) ?*

Réponse 1

La minoration éventuellement applicable ne sera pas prise en compte dans le calcul de l'avance versée en 2016 mais pour le solde qui sera versé en 2017. L'avance est calculée pour tous les centres sur une base théorique de 100% d'atteinte des objectifs, conformément à l'article 18.1 de l'accord national.

Question 2 : *Le solde à percevoir au 30 avril 2017, par rapport aux 50 % versés en avril 2016, intègre les engagements atteints en 2016 sur la preuve des justificatifs remis avant le 28 février 2017. L'avance au titre de 2017, sera-t-elle calculée sur la même base, à savoir le nombre de points correspondant aux objectifs atteints en 2016 ?*

Réponse 2

L'avance de 2017 sera effectivement calculée au regard des engagements atteints en 2016. L'avance de 50% versée en avril 2016 est calculée sur la base du montant correspondant à la somme qui serait versée dans l'hypothèse où le centre de santé atteindrait un taux de réalisation de 100% de l'ensemble des engagements socle et optionnels du bloc commun principal et des engagements du bloc commun complémentaire. En avril 2017, l'avance sera calculée sur la base des résultats réellement obtenus en 2016 et correspondra à 60% du montant de la rémunération du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire.

COMPENSATIONS FINANCIERES (ARTICLE 18.2)

Question 1 : *Quelle solution propose la CNAMTS pour compenser la perte financière des centres de santé au dernier trimestre 2015 en raison de la fin du dispositif des options de coordination à compter du 1er octobre 2015 ? Quelles modalités de compensation sont envisagées pour le premier trimestre 2016, les mesures tarifaires n'entrant en application qu'au 1er avril 2016 du fait de la règle dite « des stabilisateurs économiques » ?*

Réponse 1

Par courrier du Directeur Général de la CNAMTS en date du 30 novembre 2015, une réponse a été apportée au président du RNOGCS.

Il n'est pas possible de déroger à la règle prévue par l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale qui impose un délai de 6 mois à compter de la date d'approbation ministérielle avant la mise en œuvre effective de toute mesure de revalorisation tarifaire contenue dans un accord conventionnel. Aussi, les mesures tarifaires prévues par le nouvel accord ne seront-elles applicables qu'à compter du 1er avril 2016.

Cependant, l'accord a prévu que l'avance de 50% qui sera versée en avril 2016 aux centres de santé ayant adhéré à l'accord national, sera calculée sur la base de la réalisation complète de tous les indicateurs des blocs principal et complémentaire pour permettre aux centres de santé de bénéficier d'une dotation maximale de trésorerie.

Par ailleurs, l'équilibre financier des centres de santé est préservé avec la mise en place du mécanisme transitoire d'accompagnement financier (article 18.2.2).

Question 2 : *Est-il possible de soustraire du montant des rémunérations perçues en 2016, 2017 et 2018 la MPA pour le calcul du différentiel ? En effet, la prise en compte de ce forfait dont bénéficient déjà les centres de santé majore la base de calcul des trois prochaines années et atténue en conséquence le différentiel qui pourra être perçu par chaque centre de santé.*

Réponse 2

L'accord national prévoit en effet dans son article 18.2.2 que la rémunération MPA soit prise en compte dans le calcul du différentiel.

Cependant, dans la mesure où les centres de santé bénéficiaient avant le nouvel accord de cette rémunération, il a été décidé en CPN du 9 novembre dernier de ne pas prendre en compte le versement de la rémunération MPA (versée avant l'accord) dans le calcul du différentiel pour les rémunérations que percevront les centres de santé en 2016, 2017 et 2018.

Question 3 : *Le différentiel est réactualisé en fonction des « résultats » de l'année précédente; quelles données vont être prises en compte pour le calcul du premier versement en 2016 ? Les centres de santé disposeront-ils d'informations détaillées sur ce calcul ?*

Réponse 3

Le premier versement au titre de la compensation intervient en 2017 au titre de 2016. Le différentiel sera calculé entre les "nouvelles" rémunérations perçues au titre de 2016 (nouvelle rémunération forfaitaire, ROSP, RMT, FMT, RST, ...) et la rémunération perçue pour les options de coordinations au titre de 2014 et le cas échéant, les montants ENMR. Le montant perçu pour les options de coordination au titre de 2014 reste la référence pour calculer le différentiel. Les montants perçus au titre des "nouvelles" rémunérations seront appréciés chaque année jusqu'en 2018.

Des courriers d'information seront envoyés aux centres de santé leur précisant les éléments de calcul.

CONTRATS INCITATIFS

Question 1 : *Est-ce au gestionnaire du centre de santé de demander d'adhérer au contrat incitatif ou est-ce à la caisse de proposer au centre d'adhérer ? Comment est demandé l'arbitrage de l'ARS ? Par qui ?*

Réponse 1

C'est au représentant légal du centre de santé de faire la demande d'adhésion au contrat incitatif auprès de la CPAM.

Il n'y a pas d'arbitrage de l'ARS concernant les contrats incitatifs démographiques.

PERMANENCE DES SOINS

Question 1 : *Y-a-t-il un interlocuteur CPAM dédié à la mise en place de la permanence des soins pour les centres de santé ?*

Réponse 1

Il n'y a pas d'interlocuteur spécifique chargé de la PDS. Le centre de santé peut contacter son correspondant CPAM habituel.

**CONTRATS D'ACCES AUX SOINS
DENTAIRES (ARTICLE 21 -
ANNEXE 20)**

Question 1 : *Un centre de santé ayant un taux de dépassement supérieur à 230% peut-il adhérer au contrat d'accès aux soins dentaires ?*

Réponse 1

Un centre de santé qui a un taux de dépassement moyen observé sur la période du 01/07/2014 au 30/06/2015 supérieur à 230% peut adhérer à l'accord national dès lors qu'il est éligible.

Un centre de santé est éligible si ses honoraires perçus correspondant aux actes prothétiques et orthodontiques sont supérieurs ou égaux à 20% de ses honoraires totaux.

Question 2 : *Un centre de santé peut-il adhérer au contrat d'accès aux soins dentaires à tout moment ?*

Réponse 2

L'adhésion au contrat d'accès aux soins dentaires est optionnelle. Cette adhésion n'est pas obligatoire lors de l'adhésion du centre à l'accord national.

Ainsi, un centre de santé peut à tout moment décider d'adhérer au contrat d'accès aux soins dentaires.

Question 3 : *L'éligibilité sera-t-elle réactualisée au 30 juin de chaque année ? Ou le dispositif d'entrée est-il bloqué pour 3 ans ?*

Réponse 3

Le taux de dépassement moyen observé sur la période du 01/07/2014 au 30/06/2015 est figé pour la durée de l'accord national soit 5 ans. Le CASD ayant une période de validité de 3 ans, la période d'observation du taux de dépassement est conservée toute la durée du contrat.

L'éligibilité du centre de santé (percevoir des honoraires sur les actes prothétiques et orthodontiques supérieurs ou égaux à 20% des honoraires totaux), est actualisée tous les ans.

ANCIENNES OPTIONS DE COORDINATION

Question 1 : *Si un centre de santé a accepté l'adhésion de patients à cette option entre le 01/10/2015 et la date à laquelle il a été informé de l'entrée en vigueur du nouvel accord, les dits patients seront-ils pris en compte dans le calcul du solde des anciennes options ?*

Réponse 1

Depuis le 1^{er} octobre 2015, les centres de santé n'ont plus la possibilité d'adhérer aux anciennes options de coordination, conformément à la réglementation, l'ancien accord ayant été remplacé par le nouveau. Ils ne peuvent plus non plus faire entrer de nouveaux patients. Ainsi, si par erreur un nouveau patient a toutefois été enregistré, ce dernier ne sera pas pris en compte dans le calcul du solde des anciennes options.

SUBVENTION TEULADE

Question 1 : *Est-ce que les centres de santé bénéficieront de la subvention dite « Teulade » même en l’absence d’adhésion à l’accord national ?*

Réponse 1

Le versement de la subvention « Teulade » est de droit pour les centres de santé qu’ils soient conventionnés ou non (article L.162-32 CSS).