



FAQ

CENTRES DE SANTE

Mise à jour : [Mars 2017](#)

Sommaire :

ADHESION : MODALITES	3
Accord National (Titre IV – sous-titre 2)	3
Contrat incitatif (option démographique – article 19)	3
Contrat d'accès aux soins dentaires dits CASD (article 21 – annexe 20)	4
LES INDICATEURS	6
Principe	6
Définition – notion de patientèle	6
BLOC COMMUN	9
Indicateurs socles - généralités (articles 14 et 15-5)	9
Indicateurs socle – amplitude horaire (sauf pour les centres de santé infirmiers)	10
Indicateurs socle système d'information	11
Indicateurs socle - concertation professionnelle (article 8.3.1.4)	12
Indicateurs optionnels – diversification de l'Offre de Soins (article 8-5-1)	13
Indicateurs optionnels – formation des jeunes professionnels de santé (article 8.3.2)	14
BLOC COMPLEMENTAIRE	15
Indicateurs optionnels - démarche qualité (article 9.1.1)	15
Indicateurs optionnels – accompagnement de publics vulnérables (article 9.1.2)	15
LE PAIEMENT DE L'AVANCE	16
Principe	16
COMPENSATIONS FINANCIERES (Article 18.2)	18
ANCIENNES OPTIONS DE COORDINATION	19
QUESTIONS DIVERSES	20
Permanence des soins	20
Subvention TEULADE	20
Tiers-payant	20

ADHESION : MODALITES

Accord National (Titre IV – sous-titre 2)

Question 1 :

Un centre de santé doit-il adhérer expressément à l'accord national ?

Réponse 1

Non. Les centres de santé n'ont pas à adhérer expressément à l'accord national.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les dispositions de l'article L.162-32-2 du code de la sécurité sociale.

L'accord national est désormais applicable aux centres de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent pas être régis par ses dispositions.

Contrat incitatif (option démographique – article 19)

Question 1 :

A - 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 ?

B - Comment est demandé l'arbitrage de l'ARS ? Par qui ?

Réponse 1

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

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

Contrat d'accès aux soins dentaires dits CASD (article 21 – annexe 20)

Question 1 :

Quelles sont les conditions d'éligibilité d'un centre de santé pour adhérer au CASD ?

Réponse 1

Est éligible :

- Le centre de santé dentaire ou le centre de santé polyvalent ayant une activité dentaire dont les honoraires perçus sur les actes prothétiques et orthodontiques sont supérieurs ou égaux à 20% de ses honoraires totaux.

Question 2 :

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

Réponse 2

Oui. Un centre de santé ayant 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 (cf. réponse 1) et qu'il s'engage à diminuer son taux en dessous de 230% des tarifs sur les actes prothétiques et orthodontiques et le maintenir en dessous de ce plafond pendant les 3 années du contrat.

Question 3 :

Quelles sont les obligations du centre de santé adhérant au CASD ?

Réponse 3

Le centre de santé adhérant au CASD s'engage à limiter son taux moyen de dépassement concernant les actes prothétiques et orthodontiques.

Le centre a un taux de dépassement moyen :

- inférieur à 230 % des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques = il doit maintenir son taux pendant 3 ans (durée de l'adhésion au CASD)
- supérieur à 230 % des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques = il doit baisser son taux à un niveau inférieur ou égal à 230 % des tarifs des actes prothétiques et orthodontiques et le maintenir en dessous de ce plafond pendant 3 ans.

Question 4 :

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

Réponse 4

Oui. Le centre de santé peut adhérer au contrat d'accès aux soins dentaires, à tout moment.

Question 5 :

L'éligibilité au CASD est-elle réactualisée au 30 juin de chaque année ? Ou le dispositif d'entrée est-il bloqué pour 3 ans ?

Réponse 5

Un centre de santé est éligible au CASD dès lors que ses honoraires correspondant aux actes prothétiques et orthodontiques représentent au moins 20% de ses honoraires totaux.

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

Le centre de santé doit parallèlement maintenir son taux de dépassement à un niveau inférieur ou égal à celui observé sur la période de référence (01/07/2014 au 30/06/2015) pendant les 3 années du contrat

LES INDICATEURS

Principe

Question 1 :

Quels sont les indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique ? Les indicateurs sont-ils communs à tous les types de centres ?

Réponse 1 :

Les indicateurs de la rémunération forfaitaire spécifique sont regroupés sous trois axes :

- accès aux soins
- travail en équipe
- système d'information

Et peuvent varier selon la spécialité du centre de santé.

Il existe :

- des indicateurs socles et optionnels relevant du bloc commun principal
- des indicateurs socles et optionnels relevant du bloc commun complémentaire.

Les indicateurs socles sont considérés comme des prérequis conditionnant le versement de toute la rémunération.

Une présentation détaillée par indicateur est disponible sur le site « ameli.fr » (www.ameli.fr/professionnels-de-sante/gestionnaires-de-centres-de-sante/votre-convention/accord-national-des-centres-de-sante.php)

Définition – notion de patientèle

Question 1 :

Comment est calculée la patientèle « médecin traitant » du centre de santé ?

Réponse 1

Le calcul de la patientèle "médecin traitant" du centre de santé est défini :

- nombre de patients ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins exerçant dans le centre de santé.

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 :

Comment est calculé la patientèle de référence du centre de santé ?

Réponse 2 :

La patientèle de référence pour un centre de santé médical ou polyvalent est définie par les deux données **cumulatives** suivantes :

- nombre de patients (quel que soit leur régime d'affiliation) ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins exerçant au centre de santé ;
- nombre d'enfants âgés de 0 à 16 ans (quel que soit leur régime d'affiliation) ayant consommé au moins 2 soins de médecins généralistes exerçant dans le centre de santé.

La patientèle de référence pour un centre de santé dentaire est définie ainsi :

- nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant eu au moins un soin facturé et remboursable par un des chirurgiens-dentistes du centre de santé au cours de l'année de référence.

La patientèle de référence pour un centre de santé infirmier est définie ainsi :

- nombre de patients, quel que soit leur régime d'affiliation, ayant eu au moins 3 soins facturés et remboursables réalisés à des dates différentes par un des infirmiers du centre de santé au cours de l'année de référence.

Question 3 :

Quelles sont les patientèles de référence moyenne pour un centre de santé, médical ou polyvalent, un centre de santé infirmier, et un centre de santé dentaire ?

Réponse 3 :

Type de centres de santé	Patientèle de référence moyenne	Texte de référence – (accord national)
Centre de santé médical ou polyvalent	4 000 patients	Article 13.1
Centre de santé infirmier	450 patients	Article 13.3
Centre de santé dentaire	2 600 patients	Article 13.2

Question 4 :

Comment sont calculés les indicateurs avec un nombre de points variable soumis à la règle de la patientèle de référence ?

Réponse 4

Pour ce type d'indicateur, une proratisation est effectuée ; le calcul est le suivant :

La rémunération = nombre de points variables x $\frac{\text{patientèle de référence du centre de santé}}{\text{patientèle de référence moyenne}}$ x 7€

Ce calcul est réalisé par la CNAMTS.

BLOC COMMUN

Indicateurs socles - généralités (articles 14 et 15-5)

Question 1 : Bloc commun principal – indicateurs socles dits pré-requis

Existe-t-il des dérogations à l'atteinte de ces indicateurs ?

Réponse 1

Oui –

Jusqu'au 31/12/2016, il n'est pas nécessaire que tous les indicateurs socles soient atteints pour bénéficier de la rémunération forfaitaire spécifique mais seulement :

- les 3 indicateurs de l'axe « accès aux soins » (horaires d'ouverture, accès à des soins non programmés, fonction de coordination identifiée)

Et

- au moins 1 des indicateurs des deux autres axes « travail en équipe » et « système d'informations » (protocoles pluri professionnels ou revue de dossiers ou système d'informations).

Pour les centres de santé infirmiers, une dérogation supplémentaire est prévue :

- L'axe « système d'information » n'est pas considéré comme socle jusqu'au 01/07/2017.

A partir de 2017, tous les indicateurs socles devront être atteints pour bénéficier de la rémunération correspondante.

Question 2 :

Quelle est la période de référence pour justifier du respect des indicateurs ?

Réponse 2

Principe :

Le centre de santé doit compléter la plateforme de données mise à sa disposition et y télécharger l'ensemble des documents justifiant du respect des indicateurs, au plus tard au 28 février de l'année suivant l'année civile de référence pour le calcul de la rémunération.

Exemple :

Pour la rémunération au titre de 2016, le centre de santé doit compléter la plateforme au plus tard le 28 février 2017, et y télécharger les justificatifs prouvant la réalisation de ses indicateurs.

Indicateurs socle – amplitude horaire (sauf pour les centres de santé infirmiers)**Question 3 :**

Un centre de santé ne respectant pas l'amplitude horaire (8h/20h) remplit-il les prérequis ouvrant droit à versement de la rémunération correspondant à cet indicateur ?

Existe-t-il des aménagements possibles ?

Réponse 3

En principe le centre doit être ouvert sur l'amplitude horaire 8/20 H. Des aménagements sont autorisés dans le cadre de la permanence des soins (PDSA). Ils sont accordés par l'ARS et la caisse en fonction de l'organisation locale de la PDSA précisée dans le cahier des charges régional (PDSA démarrant à 19 H au lieu de 20 H). Dans ce cas la rémunération correspondante est acquise.

- Des aménagements sont par ailleurs **prévus par l'accord national** (article 15.5). Le centre de santé bénéficie de la rémunération forfaitaire spécifique mais avec les minorations décrites ci-dessous, au titre de l'année 2016 et des années suivantes :

Centres de santé médicaux ou polyvalents	
Ouverture du centre de santé par jour en semaine et le samedi matin	Minorations
entre 10 heures et moins de 12 heures	60 points
Entre 8 heures et moins de 10 heures	150 points
Fermeture le samedi	120 points
Fermeture congés scolaires	30 points par semaine 90 points maxi

Centres de santé dentaires	
Ouverture du centre de santé par jour en semaine et le samedi matin	Minorations
entre 10 heures et moins de 12 heures	30 points
Entre 8 heures et moins de 10 heures	70 points
Fermeture le samedi	50 points
Fermeture congés scolaires	20 points maxi

S'il est ouvert moins de 8h par jour en semaine, le centre de santé ne peut percevoir de rémunération correspondante pour l'atteinte de cet indicateur, ni au titre de 2016, ni au titre des années suivantes.

Question 4 :

Horaires d'ouverture : L'amplitude des horaires d'ouverture s'applique-t-elle à tous les professionnels de santé du centre de santé ?

Réponse 4 :

Non. Le centre de santé doit être ouvert de 8h à 20h. Il s'agit d'une ouverture du centre de santé permettant un accueil physique des patients durant les horaires d'ouverture du centre de santé. Toutefois, cette exigence ne nécessite pas que l'ensemble des professionnels soient présents sur cette amplitude horaire. En effet, à titre d'exemple, il n'est pas exigé qu'un médecin soit présent durant toute l'amplitude horaire notamment sur la pause méridienne.

Cependant, une organisation doit être mise en place au sein de la structure pour qu'un médecin soit accessible et puisse intervenir, si besoin, dans un délai de 30 minutes environ.

Dans la mesure où un centre de santé infirmier doit garantir l'accès à des soins prescrits 24h/24 et 365 jours sur 365, le critère d'amplitude horaire est sans objet pour un centre de santé infirmier.

Question 5 :

Horaires d'ouverture : une permanence téléphonique mise en place sur l'amplitude horaire d'ouverture est-elle suffisante pour remplir cet indicateur ?

Réponse 5

Non, l'organisation d'une permanence téléphonique ne suffit pas à remplir cet indicateur. Le centre de santé doit être effectivement ouvert sur cette amplitude horaire (sauf dérogation accordée par l'ARS dans le cadre de la PDSA).

Indicateurs socle système 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.

Question 2 :

Systèmes d'information : la condition de la labellisation ASIP constituera un obstacle difficile à franchir pour certains centres de santé qui ont fait le choix d'un logiciel de partage d'informations qui n'est pas labellisé : Que peut-on proposer ?

Réponse 2 :

Une phase transitoire est mise en place jusqu'au 31/12/2016 : l'indicateur socle est rempli si le système d'information est partagé entre plusieurs professionnels (y compris entre médecins uniquement) et compatibles avec le DMP (SI labellisé ASIP requis à partir du 1^{er} janvier 2017) Cf. Article 3.3 et 1.3 (annexe 2) du RA.

Cette disposition transitoire permet de prendre en compte les difficultés rencontrées pour la mise en place de logiciel partagé pluri professionnel, notamment du fait des spécificités liées à la facturation.

Question3 :

Systèmes d'information : La convention et autres documents concernant le label "e-santé" disponible sur le site de l'ASIP Santé sont-ils ceux utilisés pour les logiciels labellisés visés par l'accord national ?

Réponse 3

Oui les logiciels labellisés mentionnés dans l'accord national sont bien ceux figurant sur le site de l'ASIP (<http://esante.gouv.fr/services/labellisation>), avec mention du niveau du label (« niveau 1 » devenu « niveau standard » et « niveau 2 » devenu « niveau avancé » et des professions concernées.

Indicateurs socle - concertation professionnelle (article 8.3.1.4)

Question 1 :

Pour les centres de santé dentaires ou médicaux polyvalents (ayant une forte activité dentaire), les réunions de coordination entre les chirurgiens-dentistes et le coordonnateur doivent porter sur l'organisation interne des soins : qu'entend-on par « organisation interne des soins » ?

Réponse 1

Ces réunions doivent porter sur :

- l'organisation interne des soins : conditions de prise en charge particulière de certains patients pour la réalisation d'actes spécifiques, l'amélioration des conditions d'hygiène des soins dispensés

Ou

- sur de dossiers de patients complexes.

Question 2 : Concertation pluri professionnelle

- A *L'objectif de 3% de patients ayant fait l'objet de cette concertation est-il fixe ou proratisé entre 0 et 3 %?*
- B *Les 2 objectifs (réunion mensuelle et pourcentage de patients) sont-ils cumulatifs pour valider l'indicateur ?*
- C *Existe-t-il des dérogations ?*

Réponse 2

A - Comme indiqué dans l'accord, la rémunération sera fonction du taux de réalisation de l'indicateur. Par conséquent, le calcul sera proratisé en fonction du taux d'atteinte.

B - Oui, les 2 objectifs (réunion mensuelle et 3% de patients) sont cumulatifs pour remplir l'indicateur.

- L'indicateur est atteint à 100% si :
 - 12 réunions et plus par an**et**
 - 3 % de dossiers examinés pour l'année

C – Non, il n'existe pas de dérogations.

Indicateurs optionnels – diversification de l'Offre de Soins (article 8-5-1)

Question 1 :

Pour percevoir l'avance versée en 2016, le centre de santé doit-il respecter les quatre critères de l'indicateur « diversification de l'offre de soins » de l'axe « accès aux soins », pour bénéficier des 900 points cumulés ?

Le calcul de l'avance tient-il compte du nombre d'ETP par profession médicale et/ou paramédicale exerçant dans le centre de santé ?

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 pour ouvrir 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 pour le calcul du paiement de l'avance en 2016.

Question 2 :

Quelles sont les professions de santé prises en compte pour apprécier l'atteinte de l'engagement optionnel relatif à l'offre d'une diversité de services médicaux spécialisés et paramédicaux ?

Réponse 2

Seules les professions visées dans la quatrième partie du code de la santé publique et considérées comme des professions de santé sont prises en compte dans l'appréciation de cet indicateur

- Professions médicales
 - Médecins des différentes spécialités médicales (les médecins à expertise particulière - MEP - sont comptabilisés en tant qu'offre diversifiée), les Sages-Femmes, les Chirurgiens-Dentistes,
- Les Pharmaciens et Biologistes
- Professions paramédicales - Auxiliaires médicaux, Aides-Soignants et Infirmière, Masseur-Kinésithérapeute, Pédiacre-podologue, Orthophoniste, Orthoptiste, Diététicien.

Indicateurs optionnels – formation des jeunes professionnels de santé (article 8.3.2)

Question 1 :

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

Réponse 1

Non. Il s'agit d'un critère optionnel ; aussi, le centre de santé qui ne remplit pas ce critère ne bénéficie pas de la rémunération correspondante. Aucun point ne lui est retiré.

Question 2 :

La durée minimale de stage est-elle préfixée et le stage doit-il être réalisé sur une période prédéfinie ?

Réponse 2

Non. L'accord national n'a pas imposé de durée de stage ni de période. Il appartient au centre de santé de les déterminer conformément aux dispositions réglementaires applicables en la matière, selon les professions concernées.

BLOC COMPLEMENTAIRE

Indicateurs optionnels - démarche qualité (article 9.1.1)

Question 1 :

Pour respecter le critère relatif à la démarche qualité, qui peut être désigné comme coordinateur ?

Réponse 1

Aucune compétence particulière n'est précisée par le référentiel d'évaluation des centres de santé (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1499084/fr/referentiel-d-evaluation-des-centres-de-sante).

La désignation est libre. Il appartient au centre de santé de désigner un professionnel de santé ou non qui prend en charge la coordination de la démarche qualité.

Indicateurs optionnels – accompagnement de publics vulnérables (article 9.1.2)

Question 1 :

Qui est considéré comme « publics vulnérables » ?

Réponse 1

Il peut s'agir notamment de patients ayant subi des maltraitances, ou encore de patients souffrant d'addictions aux drogues illicites et qui requièrent une orientation vers des acteurs ou des structures d'aide spécialisées. Le centre de santé doit préciser dans la synthèse annuelle (annexe 6 de l'accord national) le nombre de patients accompagnés dans l'année.

Le centre de santé doit mettre en place une procédure permettant d'identifier ces patients, conformément aux indications de l'article 9.1.2 de l'accord national.

LE PAIEMENT DE L'AVANCE

Principe

Question 1 :

*L'avance est-elle due pour tous les centres de santé ?
Quand est-elle versée ?*

Réponse 1

Oui. Une avance sur la rémunération forfaitaire est prévue pour tous les centres de santé ayant adhéré à l'accord. Cette avance est calculée sur une base théorique de 100 % d'atteinte des objectifs.

- Fin avril 2016 : une avance de 50 % est calculée sur la base d'une rémunération correspondant à un taux d'atteinte de 100 % des indicateurs socles et optionnels du bloc commun et du bloc complémentaire
- Fin avril de l'année n : une avance de 60 % est calculée sur le montant de la rémunération correspondant aux résultats obtenus en n-1 des indicateurs socle et optionnels du bloc commun et du bloc complémentaire

Question 2 :

Pourquoi certains centre de santé n'ont-t-ils pas perçu d'avance en 2016 ?

Réponse 2

4 motifs possibles :

- Le centre de santé a adhéré à l'accord national après le 18/03/2016
- Le centre de santé n'a pas été répertorié en catégorie 124 dans le FINESS et dans le RFOS : Ces centres doivent contacter les ARS pour demander une régularisation de leur situation.
- Une demande de regroupement a été faite pour 2 ou plusieurs centres : un avis défavorable a été formulé au niveau national.
- Le centre de santé est dit « atypique » : les autorités de Tutelle examinent le statut de ce centre au regard de son éligibilité à la rémunération (accessibilité, amplitude horaire etc).

Question 3 :

A quelle date interviendra le paiement de la rémunération forfaitaire spécifique pour les centres concernés par la réponse 2 ci-dessus ?

Réponse 3

En avril 2017 (au moment du paiement du solde de la rémunération pour l'ensemble des centres), les centres (cités en réponse 2), recevront un règlement unique, si leur situation a été régularisée (reclassement en catégorie 124, regroupement accepté, conditions d'éligibilité validées) et s'ils respectent les engagements prévus par l'accord.

Question 4 :

Le montant de l'avance peut-il être contesté ?

Réponse 4

Non, l'avance n'est pas contestable par nature : aucune demande en ce sens ne sera examinée ni par la CPAM, ni par la CNAMTS.

Si un élément de calcul est erroné (nombre d'ETP par exemple), une régularisation sera opérée et le montant recalculé en conséquence au moment du paiement du solde.

Cependant, le centre pourra contester le montant total de la rémunération, après paiement du solde en avril 2017.

Question 5 :

Les minorations sont-elles intégrées dans le calcul de l'avance ?

Réponse 5

Non. Les minorations éventuellement applicables ne sont pas prises en compte dans le calcul de l'avance versée en 2016. Elles sont intégrées lors du calcul du solde versé en 2017.

Question 6 :

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

Réponse 6

Oui. Les données concernant la file active, le taux de CMU-C et AME, sont transmises aux centres de santé dans le cadre des courriers d'informations qui leur sont envoyés au moment du paiement. Ces courriers précisent le montant perçu au titre de l'avance.

COMPENSATIONS FINANCIERES (Article 18.2)

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 est 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 2015 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.

ANCIENNES OPTIONS DE COORDINATION

Question 1 :

Si un centre de santé souscrit à l'option de coordination sur la période du 10 octobre 2014 au 10 octobre 2015, bénéficiera-t-il du paiement afférent ?

Réponse 1

Dans le cas de figure où un centre de santé a souscrit à l'option de coordination sur la période du 10 octobre 2014 au 10 octobre 2015, la CPAM procèdera au paiement de la totalité de la rémunération due au titre de cette option sans proratisation, sous réserve de son adhésion au nouvel accord avant le 31 décembre 2015 (délai prorogé au 31 janvier 2016).

Cependant, dans la mesure où aucun renouvellement de l'option ne peut intervenir après le 1^{er} octobre 2015, le centre de santé n'a pu renouveler son adhésion et ne bénéficiera donc plus du paiement au titre de l'option de coordination.

Question 2 :

Un centre de santé ayant souscrit ou renouvelé son adhésion à l'option de coordination en 2015, bénéficiera-t-il du versement de l'aide en 2016 ?

Réponse 2

Un centre de santé qui a adhéré à une option de coordination en 2015 ou a renouvelé son adhésion avant le 1^{er} octobre 2015 peut bénéficier en 2016 du versement de la totalité de l'option (soit un an après sa date d'adhésion) sous réserve de son adhésion au nouvel accord national avant le 31/12/2015 (délai prorogé au 31/01/2016).

QUESTIONS DIVERSES

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

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

Subvention TEULADE

Question 1 :

Les centres de santé non adhérents à l'accord national bénéficient-ils de la subvention Teulade ?

Réponse 1

Oui. 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).

Tiers-payant

Question 1 :

A Un centre de santé non conventionné avec l'assurance maladie peut-il pratiquer le tiers-payant ?

B Sur quelle base sont pris en charge les actes facturés par ce centre ?

Réponse 1

A Oui. Un centre de santé qu'il soit conventionné ou non avec l'assurance maladie doit pratiquer le tiers-payant (L.6323-1 du Code de la Santé Publique).

B Les soins délivrés par les centres de santé, qu'ils soient conventionnés ou non, sont pris en charge sur la base des tarifs conventionnés (L.162-32-2 et 3 du Code de la Sécurité Sociale).