CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

CENTRE DE SANTE MEDICAL OU POLYVALENT

Rémunération forfaitaire spécifique
Accord national

signé le 8 juillet 2015 et publié au Journal officiel du 30 septembre 2015 modifié par :

- ***l'avenant n°1 publié au journal officiel du 17 novembre 2017,***
- ***l'avenant n°2 publié au journal officiel du 5 juillet 2019,***
- ***l'avenant n°3 publié au journal officiel du 3 septembre 2020,***
- ***l'avenant n°4 publié au journal officiel du 5 octobre 2022,***
- ***l'avenant n°5 publié au journal officiel du 15 mars 2024.***

Avril 2024

1. Principe de la rémunération

Chaque centre de santé médical ou polyvalent relevant de l'accord national des centres de santé, entré en vigueur le 30/09/2015 (modifié par les avenants n°1, n°2, n°3 et n°4), bénéficie de la rémunération forfaitaire spécifique.

Est désigné comme centre de santé :

- **médical**, le centre ayant une **activité médicale exclusive ou quasi-exclusive**
- **polyvalent** :
  - le centre de santé ayant au moins **1 activité médicale et 1 activité paramédicale**,
  - le centre de santé ayant **1 activité médicale et une activité d'une autre profession médicale** (chirurgien-dentiste ou sage-femme) **sans activité paramédicale**.

Cette rémunération valorise la qualité de la prise en charge des patients par le centre de santé. Elle est organisée en 2 blocs :

- un bloc commun principal,
- un bloc commun complémentaire.

Et est basée sur :

- L'atteinte de différents types d'indicateurs :
  - socles et prérequis : le centre de santé doit s'engager sur ces indicateurs et leur atteinte conditionne le déclenchement du calcul de la rémunération,
  - socles : le centre de santé doit s'engager sur ces indicateurs socles complémentaires qui sont pris en compte dans le calcul de l'avance versée,
  - optionnels : le centre de santé a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs.

Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis.
Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire au regard des résultats obtenus l'année N-1.

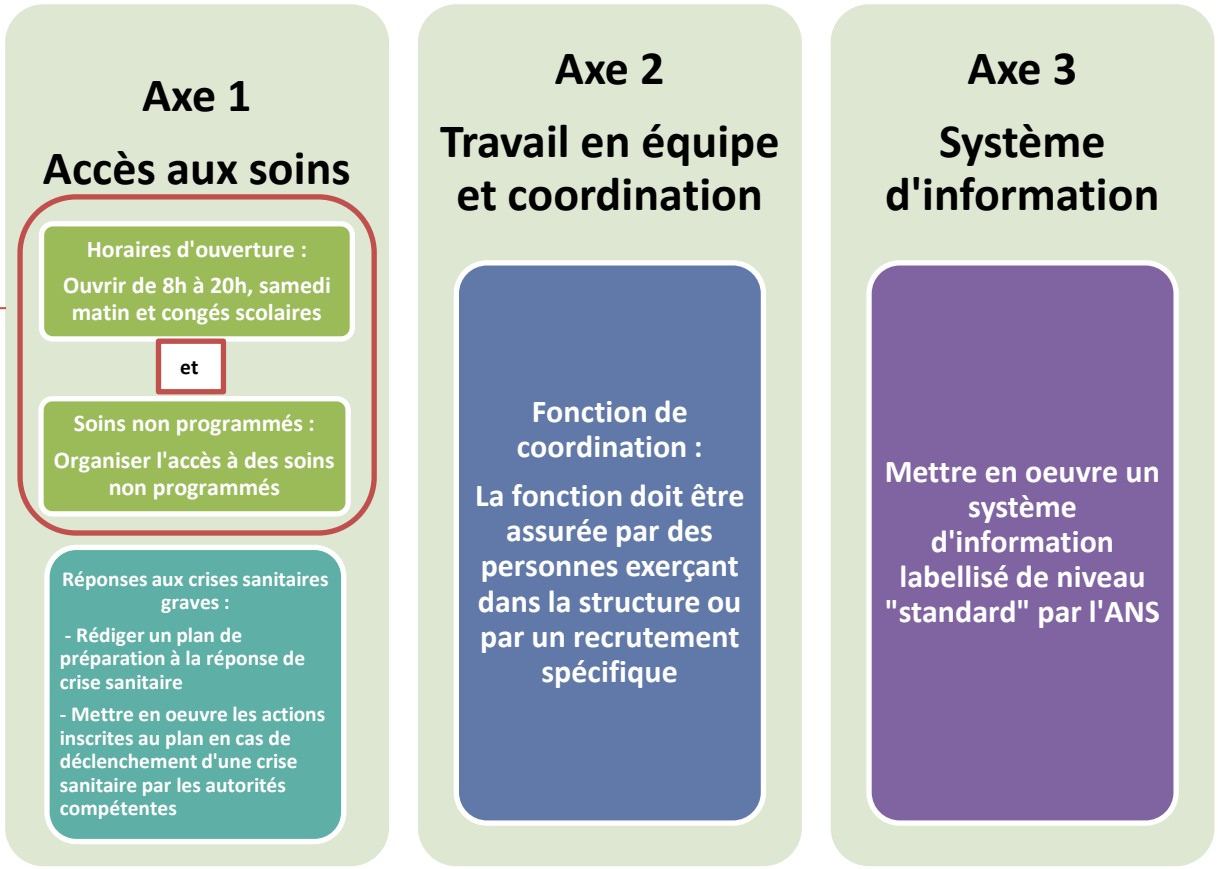
- L'attribution de points dès lors que l'indicateur est atteint :
  - fixes,
  - ou variables en fonction de la patientèle du centre de santé,
  - ou dépendant du nombre de professionnels de santé ou d'ETP salariés par le centre de santé.

- La rémunération de l'atteinte des indicateurs :
  - chaque indicateur est valorisé avec un nombre de points,
  - le point étant valorisé à 7 euros.

2. Les indicateurs

2.1 Les indicateurs « socles et prérequis » (bloc commun principal)

Le centre de santé doit respecter ces 3 indicateurs pour déclencher la rémunération.



Les 2 indicateurs socles et prérequis « Horaires d'ouverture » et « Soins non programmés » de l'axe 1 sont indissociables pour être réputés atteints.

Modifications issues de l'avenant 4

Le déclenchement de la rémunération nécessite que les indicateurs socle et prérequis **« Horaires d'ouverture et soins non programmés », « Réponses aux crises sanitaires graves » « Fonction de coordination »,** et **« Système d'information niveau standard »** soient respectés.

- **Axe « Accès aux soins »**

Création d'indicateurs

- L'indicateur « **Soins non programmés** » est un nouvel indicateur de 200 points fixes, pour être réputé atteint, il est :
  - indissociable de l'indicateur « Horaires d'ouverture »,
  - conditionné à l'atteinte des 2 indicateurs suivants tels que définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6 :
    - « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS) » (Optionnel – Axe Travail en équipe et coordination),
    - « Valoriser l'effection des soins non programmes régulés par le Service d'Accès aux Soins (SAS) (Optionnel – Axe Travail en équipe et coordination) ».

Compte tenu de la signature de l'avenant 5 le 30 novembre 2023, publié au JO du 15 mars 2024, l'indicateur « Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS (critère optionnel) » est supprimé dès 2023. Compte tenu la suppression de cet indicateur, l'indicateur « Soins non programmés en lien avec le dispositif de service d'accès aux soins » a été modifié pour l'exercice 2023.

- L'indicateur **« Réponses aux crises sanitaires »** est un nouvel indicateur socle et prérequis de l'axe « Accès aux soins » dédié à la gestion des crises sanitaires.

  Cet indicateur vise à valoriser les structures qui s'organisent pour assurer une continuité des soins et pour contribuer à répondre à un nouveau besoin émergent en cas de survenue d'une crise sanitaire exceptionnelle. L'indicateur prévoit 2 niveaux d'atteinte :
  - Le centre de santé prépare un plan de réponse à une crise sanitaire : la structure perçoit 100 points fixes quelle que soit la situation sanitaire,
  - Le centre de santé met en œuvre les actions prévues par le plan en cas de survenue d'une situation de crise qualifiée par les autorités sanitaires de « crise exceptionnelle » : la structure perçoit 350 points variables.

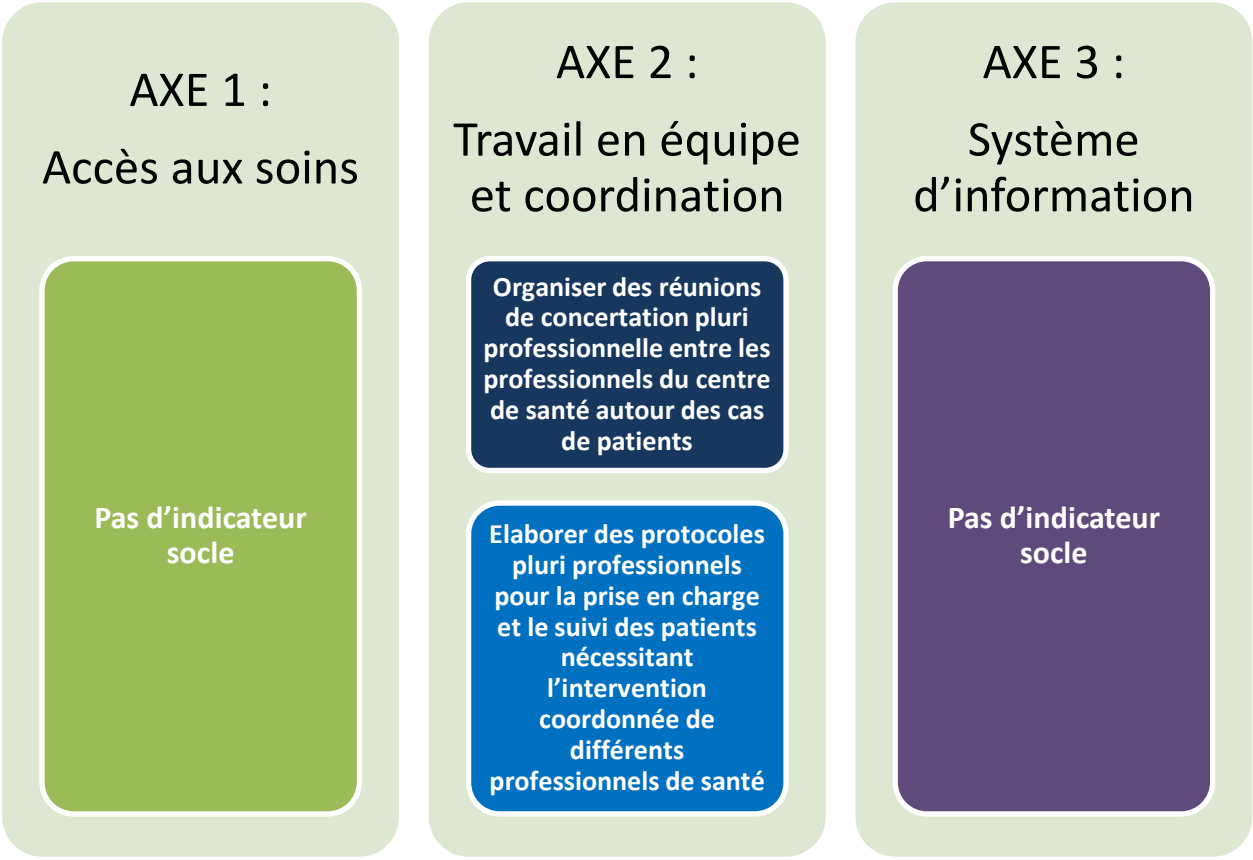
  Par dérogation, cet indicateur était considéré comme optionnel au titre de l'exercice 2022. Cette dérogation prend fin à compter de l'exercice 2023. Aussi le volet variable de cet indicateur relatif à la mise en œuvre d'actions en cas de survenue d'une crise sanitaire ne saurait être versé au titre de l'exercice 2024 compte tenu l'absence de déclenchement d'une crise sanitaire par les autorités compétentes en 2024.

- **Axe « Travail en équipe et coordination »**

Revalorisation d'indicateurs

- La rémunération de l'indicateur « **Fonction de coordination** » évolue :
  - **1 000** points fixes (700 points sous l'avenant 3),
  - **1 700** points variables (1 350 points sous l'avenant 3) (pour une patientèle de référence de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients, puis **1 100** points variables (1 000 points sous l'avenant 3) (pour une patientèle de référence de 4 000 patients) au-delà de 8 000 patients.

2.2 Les indicateurs « socles » (bloc commun principal)



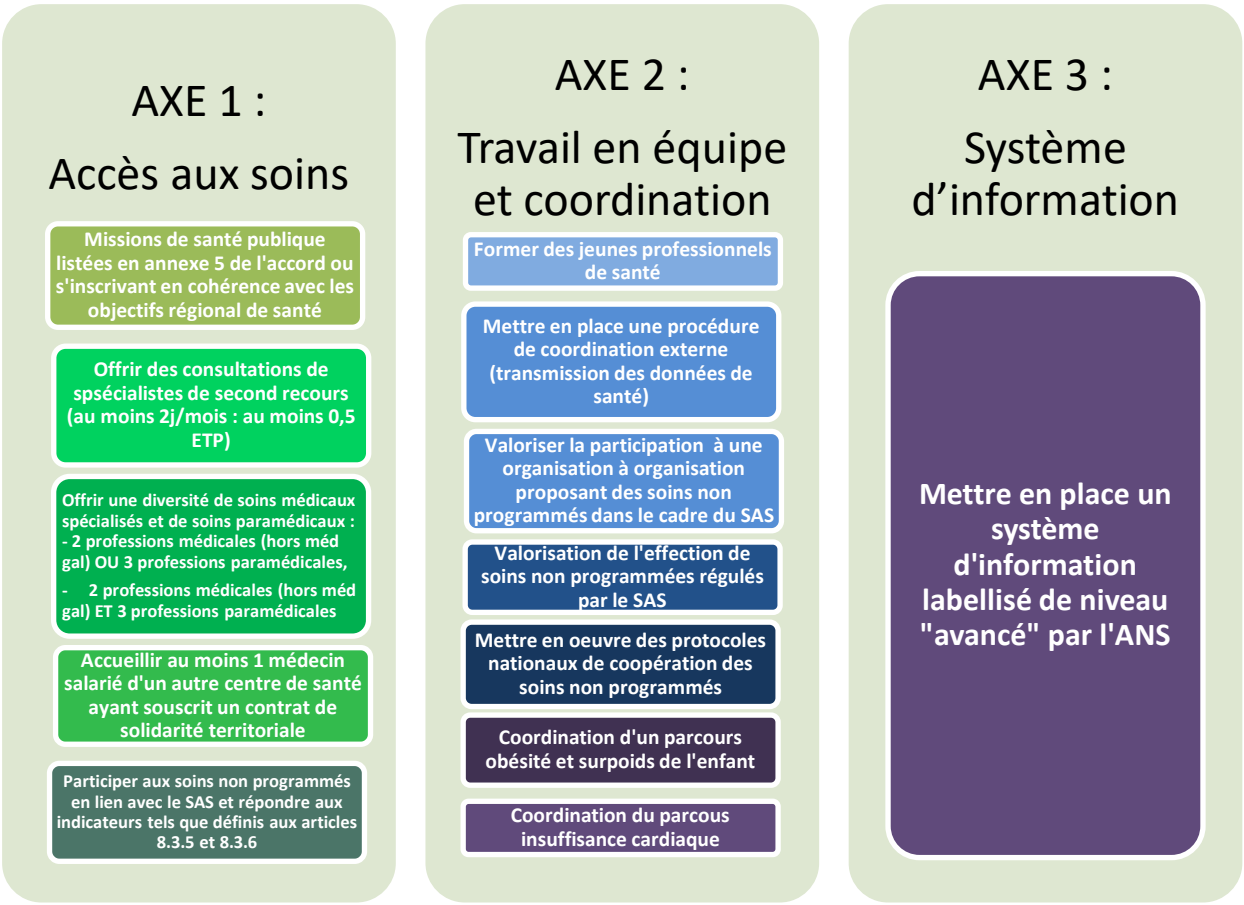
Modifications issues de l'avenant 4:

- **Axe 2 : « Travail en équipe et coordination »**

Revalorisation d'indicateurs pour participation des infirmiers en pratique avancée

- **Concertation pluri professionnelle formalisée et régulière** : une valorisation de 200 points variables supplémentaires de l'indicateur est prévue si le centre de santé intègre un IPA parmi ses professionnels de santé,
- **Protocoles pluri professionnels** : le centre de santé bénéficie d'une valorisation de 40 points fixes supplémentaires par protocole (dans la limite de 8 protocoles élaborés) s'il intègre un IPA parmi ses professionnels de santé.

2.3 Les indicateurs optionnels (bloc commun principal)



Ces indicateurs sont optionnels, le centre de santé n'est pas obligé de réaliser ces indicateurs. Ils permettent aux centres de santé d'obtenir un complément de leur rémunération.

Modifications issues de l'avenant 4:

- **Axe 1 : « Accès aux soins »**

<u>Revalorisation d'indicateur pour participation des infirmiers en pratique avancée</u>

- **Mission de santé publique** : une valorisation de 200 points fixes de l'indicateur est prévue si le centre de santé compte la présence d'un IPA.

<u>Revalorisation d'indicateurs</u>

- Diversification de l'offre de soins (cf. guide des indicateurs) :
  - **Consultations de spécialistes de second recours** au moins 2 jours par mois : l'indicateur est rémunéré 300 points fixes (250 points sous l'avenant 3),
  - **Consultations de spécialistes de second recours** au moins 0,5 ETP : l'indicateur est rémunéré 300 points fixes (250 points sous l'avenant 3),
  - **Offre d'une diversité de soins** : 2 professions médicales (hors médecine générale) **OU** 3 professions paramédicales, l'indicateur est rémunéré 300 points fixes (250 points sous l'avenant 3),
  - **Offre d'une diversité de soins** : 2 professions médicales (hors médecine générale) **ET** 3 professions paramédicales, l'indicateur est rémunéré 300 points fixes (250 points sous l'avenant 3).

- **Axe 2 : « Travail en équipe et coordination »**

Revalorisation d'indicateur

- Formation des jeunes professionnels de santé : 225 points sont attribués pour la réalisation d'un 3ème stage et 225 points pour la réalisation d'un 4ème stage.

Suppression d'indicateur

L'indicateur **« Participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale »** est supprimé par l'avenant 4. Cet indicateur étant par ailleurs valorisé par la création des 2 indicateurs suivants.

Création d'indicateurs

- L'indicateur **« Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) »** de 200 points variables par ETP de médecins généralistes est créé en transposition de l'avenant 9 à la convention médicale.

Il vise à valoriser la participation des centres de santé polyvalents et médicaux à la prise en charge de nouveaux patients orientés par le SAS. Le centre de santé doit, soit :

- avoir un agenda ouvert au public permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le centre de santé,
- partager avec la structure de régulation du SAS, un minimum de 2 heures ouvertes par ETP de médecin généraliste salarié du centre de santé par semaine,

et

- être inscrit auprès de la structure de régulation du SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel.

Compte tenu de la signature de l'avenant 5 le 30 novembre 2023, publié au JO du 15 mars 2024, l'indicateur « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS) » est modifié dès 2023.

- L'indicateur **« Valoriser l'effection des soins non programmes régulés par le service d'accès aux soins (SAS)»** est créé en transposition de l'avenant 9 à la convention médicale. La rémunération est réalisée en fonction du nombre de soins pris en charge par le centre de santé sur le trimestre :

  - 10 points de 5 à 15 SNP réalisées sur le trimestre,
  - 30 points de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre,
  - 50 points de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre,
  - 70 points de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre,
  - 90 points de 46 à 75 SNP réalisés sur le trimestre,
  - 120 points de 76 à 100 SNP réalisés sur le trimestre,
  - 160 points au-delà de 100 SNP réalisés sur le trimestre.

  L'atteinte de cet indicateur est conditionnée à l'atteinte de l'engagement optionnel de l'Axe travail en équipe et collaboration : « Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmes dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS) » cité en amont.
  Compte tenu de la signature de l'avenant 5 le 30 novembre 2023, publié au JO du 15 mars 2024, l'indicateur « Valoriser l'effection des soins non programmés régulés par le SAS (critère optionnel) » est supprimé dès 2023.

- L'indicateur **« Protocoles de coopération de soins non programmés »** est un nouvel indicateur qui vise à valoriser la participation des centres de santé polyvalents et médicaux à 1 des 6 protocoles nationaux de coopération des soins non programmés ayant fait l'objet d'un avis favorable de la Haute Autorité de Santé le 29 janvier 2020 et d'une autorisation par arrêté ministériel le 6 mars 2020 (JO du 8 mars 2020). Le centre de santé perçoit 100 points fixes par protocole (dans la limite de 6 protocoles) mis en œuvre.

  La mise en œuvre des protocoles nationaux de coopération est soumise à la déclaration préalable auprès de l'ARS via l'application en ligne « Démarches simplifiées » dédiée du site internet du ministère chargé de la santé : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/declaration-modification-d-equipe-coop-ps.

  Par ailleurs, pour que l'indicateur soit atteint, chaque profession déléguée concernée par un protocole doit être représentée parmi les professionnels de santé de la structure.

- L'indicateur **« Parcours insuffisance cardiaque»** est un nouvel indicateur qui a pour objectif de contribuer à la réduction du taux de mortalité, du taux d'hospitalisation et l'amélioration de la qualité de vie de la patientèle d'insuffisants cardiaques. Le centre de santé qui inscrit sa participation au parcours insuffisance cardiaque bénéficie de 100 points variables (*pour une patientèle de référence de 4 000 patients).*

- L'indicateur **«Parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (MRTC) »** est destiné à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité, tel que défini dans le code de la santé publique.

  Ce parcours permet la mise en œuvre d'un parcours d'accompagnement réalisé par les centres de santé pour les enfants, de 3 à 12 ans inclus, en situation de surpoids ou d'obésité. Il comprend un bilan d'activité physique ainsi que des séances de suivi diététique et psychologique.

  Pour déclencher l'atteinte de cet indicateur, la structure doit répondre à la **mission de santé publique** sur le thème du surpoids et obésité de l'enfant (thème listé à l'annexe 5 de l'accord national) :

  - Si la structure a mis en œuvre 2 missions de santé publique (parmi les thèmes de la liste annexée à l'accord national) pour lesquelles elle bénéficie d'une valorisation à hauteur de 350 points variables par mission et par an, elle remplit alors les conditions pour bénéficier de la valorisation spécifique « Mission retrouve ton cap » de 100 points fixes,

  - Si la structure n'est pas encore engagée dans une mission de santé publique ou si elle choisit de ne mettre en œuvre qu' 1 seule mission de santé publique, cette mission de santé publique devra obligatoirement correspondre à la thématique de « surpoids et obésité chez l'enfant » pour bénéficier de la valorisation de 100 points fixes associée à la « Mission retrouve ton cap ».

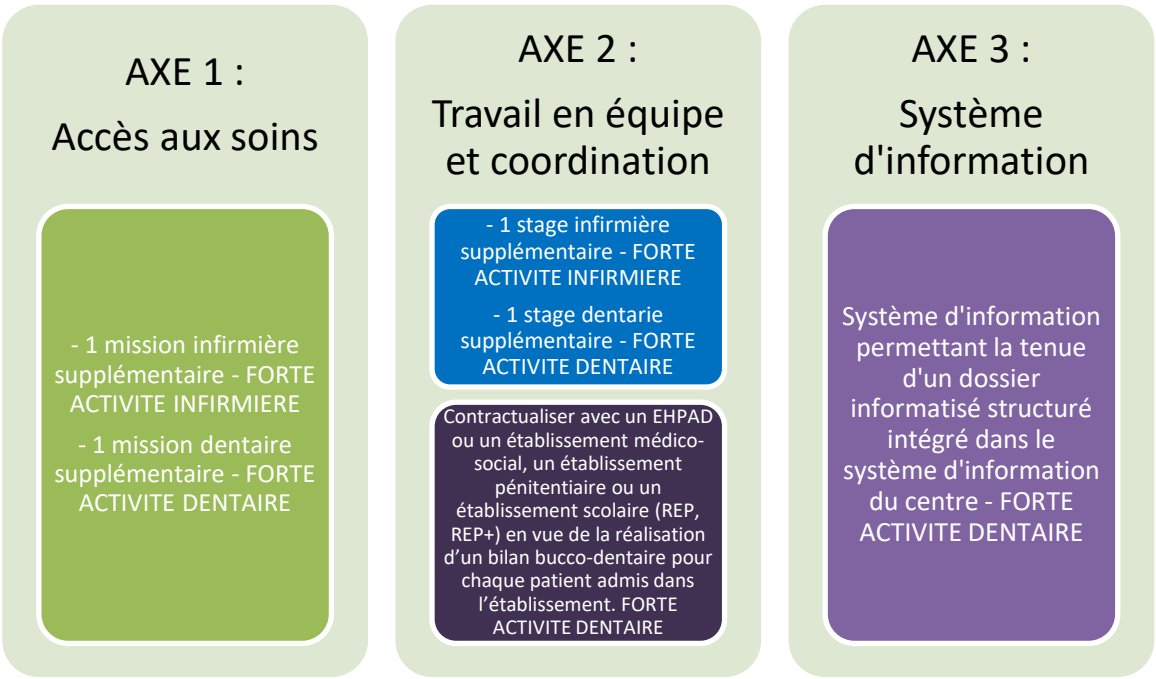
- **Modifications issues de l'avenant 5:**

▶ **Axe 2 : « Travail en équipe et coordination »**

Revalorisation d'indicateur

- **Formation des jeunes professionnels de santé : 225 points sont attribués pour la réalisation d'un 5ème stage.**

Pour rappel : Les centres de santé polyvalents à forte activité (dentaire ou infirmière) doivent atteindre au préalable l'indicateur socle pour pouvoir bénéficier des points attribués aux indicateurs optionnels « forte activité » (ci-après) :



- **Modifications issues de l'avenant 5:**

▶ **Axe 2 : « Travail en équipe et coordination »**

Coordination externe : Critère 2 : Pour les centres de santé polyvalents à forte activité dentaire : Contractualisation avec un EHPAD ou un établissement médico-social, un établissement pénitentiaire ou un établissement scolaire (REP, REP+) en vue de la réalisation d'un bilan bucco-dentaire pour chaque patient admis dans l'établissement.

Conditions du contrat :

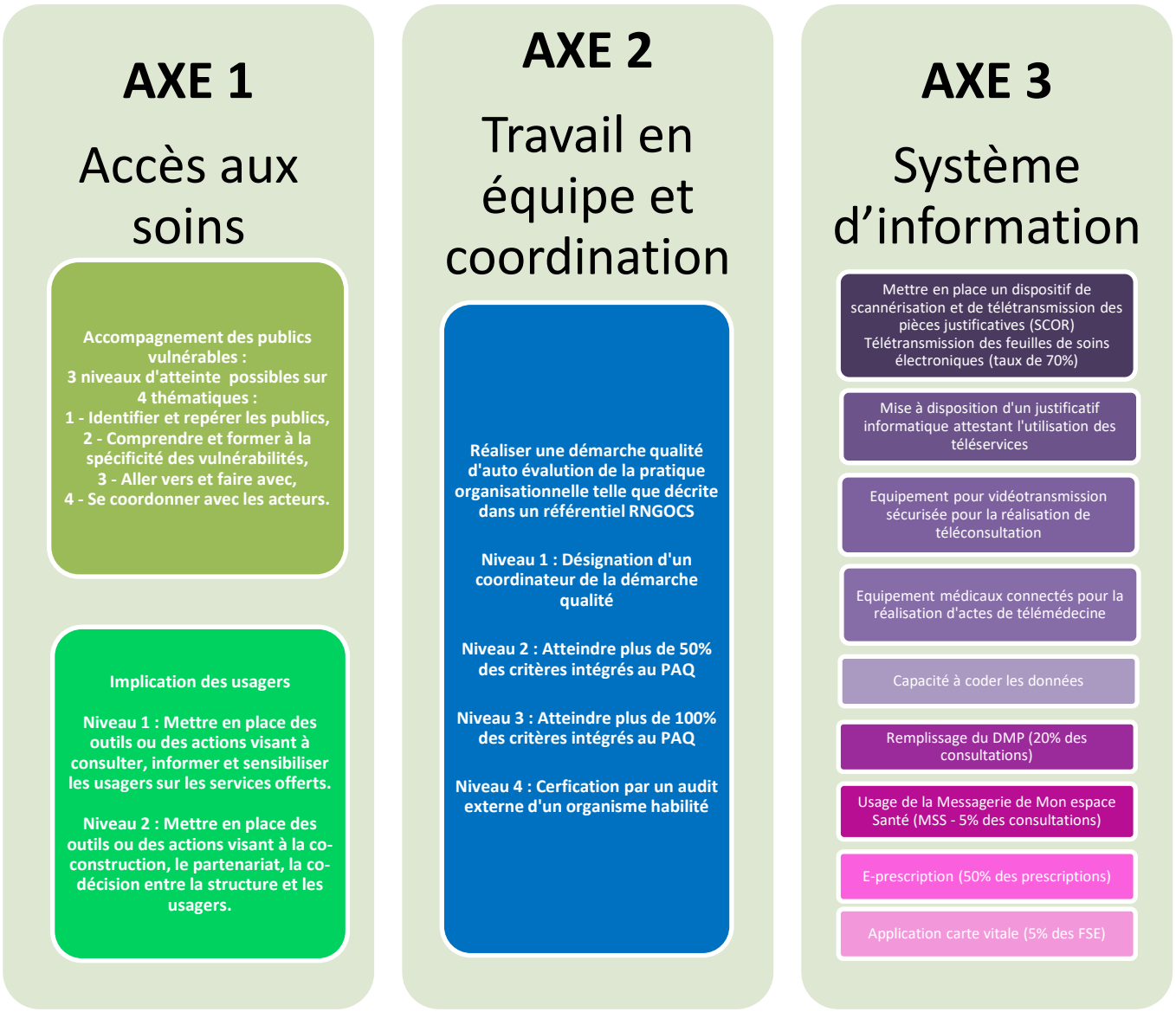
Un minimum de 3 interventions de chirurgiens-dentistes salariés sont réalisées dans l'année en dehors de la structure et peuvent prendre la forme de :

- formation du personnel soignant et encadrant pour une meilleure prise en charge de la santé et de l'hygiène bucco-dentaire des personnes âgées ; en établissement ou service médico-social (ESMS) ; en situation de handicap,

- dépistage dans des ESMS suivis d'une prise en charge par un chirurgien-dentiste pour la réalisation des soins.

L'atteinte de ce critère permet aux centres de santé polyvalents ayant une forte activité dentaire de bénéficier de 500 points en fixe pour au moins un contrat.

2.4 Les indicateurs optionnels du bloc commun complémentaire



Ces indicateurs sont optionnels et indépendants.

<u>Précisions</u> :

- Concernant l'indicateur « **Démarche qualité** » de l'Axe 2 - Travail en équipe : les points attribués à chaque niveau sont cumulables entre eux. Si le centre de santé atteint le niveau 3, il remplit de facto les niveaux 1 et 2.

- **Axe 1 : « Accès aux soins »**

Revalorisation d'indicateur

- L'indicateur **« Accompagnement des publics vulnérables »** est modifié et revalorisé selon une approche sociale répondant à 4 thématiques et selon 3 niveaux d'implication de la structure (cf – guide des indicateurs). La réalisation de 2 thématiques permet l'atteinte du niveau. Chaque niveau est valorisé en points variables sur la base de la patientèle C2S et AME de la structure :

  - Niveau 1 : 200 points variables,
  - Niveau 2 : 400 points variables,
  - Niveau 3 : 800 points variables.

Précisions :
Les niveaux sont cumulables, la validation de chaque niveau est dépendante de l'atteinte du niveau inférieur. La présence d'un médiateur au sein du centre de santé est valorisée de 300 points fixes supplémentaires dès l'atteinte du niveau 1 (quel que soit le nombre de niveaux atteints).
Par exemple : si le centre de santé atteint les 3 niveaux et compte la présence d'un médiateur, il obtient le cumul des points pour chaque niveau atteint soit 1 400 points variables (200 + 400 + 800 points variables – base patientèle C2S et AME/taux national) et 300 points fixes pour la présence du médiateur.

Suppression d'indicateurs

Les indicateurs **« Information du public » et « Médiateur en santé »** sont supprimés par l'avenant 4.

Création d'indicateur

- L'indicateur **« Implication des usagers »** est créé. Il est valorisé selon le niveau d'implication de la structure :

  - **Niveau 1** : Le centre de santé met en place des outils ou des actions visant à **consulter, informer et sensibiliser les usagers** sur les services offerts. Il s'agit entre autres de permettre d'évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients (modalités d'accueil, de contact avec la structure, etc…), son atteinte permet l'obtention de 200 fixes,

  - **Niveau 2** : Le centre de santé met en place des outils ou des actions visant à la co-construction, le partenariat, la co-décision entre la structure et les usagers, son atteinte permet l'obtention de 300 points variables sur la base d'une patientèle de référence de 4 000 patients).

La valorisation des points des niveaux 1 et 2 est cumulable si le centre de santé atteint les 2 niveaux d'engagement de l'indicateur.

- **Axe 3 : « Système d'information »**

Suppression d'indicateur

- L'indicateur **« Ouverture de DMP»** est supprimé par l'avenant 4.

Création d'indicateur

- L'indicateur **« Remplissage du DMP »** est créé. Il est valorisé si 20 % des consultations réalisées par le centre de santé dans l'année donnent lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP.

  La structure bénéficie alors de 40 points par ETP de médecins généralistes dans la limite de 20 ETP.

  Compte tenu la parution de l'avenant 5, le taux applicable pour l'exercice 2024 « Remplissage du DMP » est réajusté à 30%.

- L'indicateur **« Usage de la Messagerie Sécurisé de Santé (MSS) »** est créé. Pour les exercices 2022 et 2023, il est valorisé si 5 % des consultations réalisées par le centre de santé au cours de l'exercice comprennent un échange par mail sécurisé avec un patient via la messagerie de Mon espace santé.

  La structure bénéficie alors de 40 points par ETP de médecins généralistes dans la limite de 20 ETP.

  Compte tenu la parution de l'avenant 5, le taux applicable pour l'exercice 2024 « Usage de la Messagerie Sécurisé de Santé (MSS) » est réajusté à 10%.

- L'indicateur **« E-Prescription »** est créé. **Il entre en vigueur à compter de l'exercice 2023**, il est valorisé si 50 % des prescriptions de produits de santé établies par le centre de santé pour sa patientèle sont réalisées via le service e-prescription *(cf. Avenant 4)*.

  Compte tenu la parution de l'avenant 5, le taux applicable pour l'exercice 2024 « E-Prescription» est réajusté à 40%.

  La structure bénéficie alors de 40 points par ETP de médecins généralistes dans la limite de 20 ETP.

- L'indicateur **« Application Carte Vitale »** est créé. **Il entre en vigueur à compter de l'exercice 2023**, il est valorisé si 5 % des feuilles de soins électroniques (FSE) sont réalisées avec l'application « Carte vitale » *(cf. Avenant 4).*

  Compte la parution de l'avenant 5, l'envoi d'une FSE réalisée avec l'application carte Vitale (au lieu de 5%) permet de valider l'indicateur au titre de l'exercice 2024.

  La structure bénéficie alors de 40 points par ETP de médecins généralistes dans la limite de 20 ETP.

Modification issue de l'avenant 5

- **Axe 1 : « Accès aux soins »**

L'indicateur « **Accompagnement des publics vulnérables** » est revalorisé:

- Niveau 2 : 400 points variables 50 points par ETP Sages-Femmes **ayant choisi de participer à une action parmi la thématique *« Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilités »* et assurant des interventions en dehors de la structure**

Précisions :
Le déclenchement des 50 points variables à partir du Niveau 2 est conditionné au nombre d'ETP de Sages-Femmes qui participent à une action de la thématique « Comprendre et former à la spécificité des vulnérabilité » et met en place des interventions en dehors de la structure (en milieu scolaire, en établissement pénitentiaire, en centre d'hébergement, en centre de formation professionnel, en foyer d'hébergement pour adultes handicapés et en EHPAD).

3. La rémunération

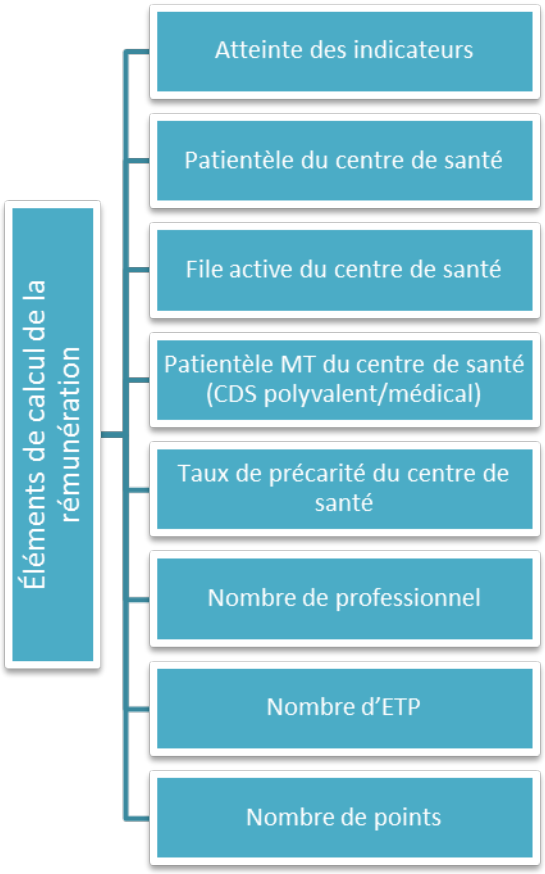
3.1 Principes

Pour bénéficier de la rémunération au titre de l'année N, le centre de santé doit :

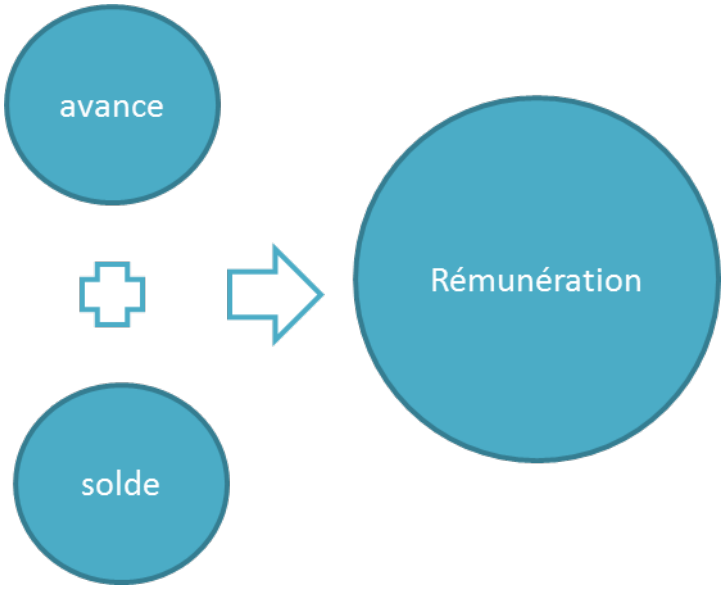
- être régi par les dispositions de l'Accord National,
- avoir atteint l'ensemble des indicateurs « socles prérequis »,
- avoir saisi les données concernant la rémunération sur la plateforme ATIH avant le 28/02 de l'année N+1.

La rémunération est versée au centre de santé. Il est libre ensuite d'utiliser la somme versée comme il le souhaite.

La rémunération se calcule en tenant compte des éléments suivants :



La rémunération est composée de 2 parts et est versée pour une année civile :



Pour déclencher la rémunération de l'année N (versée en N+1), il faut atteindre les indicateurs socles et prérequis.
Le calcul de l'avance s'effectue sur la base de 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire au regard des résultats obtenus au titre de l'année N-1.

3.2 Atteinte des indicateurs

Le détail de chaque indicateur est précisé sous forme de fiche disponible sur le site « ameli.fr ».
L'appréciation de l'atteinte des indicateurs est réalisée par année civile.

Des dérogations ont été prévues :

- **Pour les centres de santé nouvellement créés** :
  durant l'année civile au cours de laquelle le centre de santé a commencé à être régi par l'Accord National et l'année civile suivante, un centre de santé nouvellement créé n'est pas obligé d'atteindre les 4 indicateurs « socles et prérequis ». L'atteinte de 2 des 4 indicateurs permet de déclencher la rémunération.

  Sont considérés comme centres de santé nouvellement créés, les structures ayant déposé leur projet de santé à l'agence régionale de santé depuis moins d'un an à la date à laquelle ils sont régis par l'accord national.

- **Pour les centres de santé disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'Agence du Numérique en Santé (ANS) :**
  Les centres de santé disposant d'un système d'information se voyant retirer la labellisation par l'ANS peuvent être rémunérés :
  - si les autres indicateurs « socles et prérequis » sont atteints.
  - cette dérogation s'applique durant les 2 années civiles : l'année civile durant laquelle la labellisation a été retirée et l'année suivante.

3.3 Les éléments de calcul

Pour déterminer la rémunération, plusieurs éléments sont pris en compte :

- **Les points :**

  L'atteinte des indicateurs entraîne l'attribution :
  - de points fixes
  - de points variables en fonction de la patientèle ou en fonction du nombre de professionnels de santé (au sens du code de la santé publique) salariés du centre de santé ou en fonction du nombre d'ETP.

- **La patientèle de référence du centre de santé :**

  Elle correspond au nombre de patients (quel que soit l'âge) ayant déclarés comme « **médecin traitant** » un des médecins généralistes salariés du centre de santé (au 31/12 de l'année considérée) et au nombre de **patients bénéficiaires de l'AME** ayant eu au moins **2 soins de médecins généralistes** salariés du centre de santé, facturés dans l'année de référence.

- **La file active du centre de santé**

  - La file active du centre de santé correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un acte de médecine générale quelle que soit la spécialité du professionnel de santé ayant réalisé le soin.

  - **Pour les centres de santé polyvalents à forte activité dentaire : *la file active dentaire est prise en compte (pour les indicateurs identifiés pour la forte activité)***
    Il s'agit de patients ayant eu au moins un soin facturé par un chirurgien-dentiste salarié du centre de santé au cours de l'année, quand la spécialité « chirurgien-dentiste » est identifiée dans la facturation. Lorsque la spécialité du professionnel ayant effectué le soin est inconnue dans la facturation, seuls les actes dentaires sont pris en compte.

  - **Pour les centres de santé polyvalents à forte activité infirmière : *la file active infirmière est prise en compte (pour les indicateurs identifiés pour la forte activité)***
    Il s'agit de patients ayant eu au moins 3 jours de soins infirmiers au cours de l'année.

- **Le taux de précarité du centre de santé**

Le taux de précarité du centre de santé est défini en fonction :
- du **taux de patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS),**
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active du centre de santé.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité du centre de santé avec l'application d'une « majoration de précarité » (taux de sur précarité du centre de santé par rapport à la moyenne nationale actualisée chaque année).

- **Le nombre de professionnels de santé salariés du centre de santé**

Le nombre de professionnels de santé salariés du centre de santé est utilisé pour le calcul de l'indicateur sur le système d'information labellisé par l'ANS de niveau standard appartenant aux indicateurs « socles et prérequis ».

➢ **Le nombre d'équivalent temps plein (ETP)**

Le nombre d'ETP (salarié du centre de santé) est utilisé pour le calcul de l'indicateur « Télétransmission et téléservices» et « Démarche qualité ».

Les règles de calcul détaillées de ces différents éléments, accompagnées de cas pratiques sont présentées infra.

3.4 Le calcul de l'avance

Une avance de 60 % (sous le code prestation ADS) est accordée chaque année et est égale à :

- 60% du montant du bloc commun principal et du bloc commun complémentaire au regard des résultats obtenus au titre de l'année n-1.

➢ **Dispositions spécifiques pour les centres de santé nouvellement créés**

- Un dispositif d'avance spécifique est mise en place pour les centres de santé nouvellement créés,
- Elle est calculée par la Cnam au regard des montants moyens versés aux centres de santé en année N-1 au titre de la rémunération forfaitaire spécifique et selon la spécialité des centres de santé (polyvalent, médical, infirmier, dentaire),
- le montant est proratisé en fonction du trimestre de l'année civile au cours de laquelle le centre a été créé, comme suit :
  - **1er trimestre de l'année civile** = *100% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
  - **2ème trimestre de l'année civile** = *75% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
  - **3ème trimestre de l'année civile** = *50% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente
  - **4ème trimestre de l'année civile** = *25% du montant moyen des rémunérations versées* aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

La Cnam actualise, tous les ans, ces montants dans le courant du dernier trimestre de chaque année. Le nouveau barème d'avances est adressé par voie d'instruction DCGDR aux Cpam. Il revient aux Cpam de verser aux centres de santé l'avance dû, selon le nouveau barème et en regard au trimestre d'installation.

3.5 Le calcul de la rémunération

La rémunération totale annuelle est versée en 2 temps :

- une avance (voir paragraphe ci-dessus)

Et

- un solde

  Le solde de la rémunération est la différence entre le montant de la rémunération totale annuelle calculée et le montant de l'avance versée au centre de santé :

  Solde à verser = Rémunération totale année N calculée – Avance versée au titre de l'année N

  Le solde est versé en principe au plus tard au 30 avril de l'année N+1.

➢ Les indicateurs à points fixes

Rémunération = Nombre de points fixes x 7 euros

➢ Les indicateurs à points variables

Pour les indicateurs attribuant un nombre de points variables, le nombre de points a été défini :

- Soit pour une « **patientèle de référence** » du centre de santé de 4 000 patients. Ce nombre de points est ensuite proratisé en fonction de la patientèle réelle du centre de santé :

Rémunération = Nombre de points variables x $\frac{\text{Patientèle déclarante}}{\text{4 000 (Patientèle de référence)}}$ x 7 euros

Exemple : *Pour l'indicateur « **Coordination externe** »*

Atteinte à 100% par un centre de santé ayant une patientèle de 6 000 patients :

➥ *Rémunération 2 100 euros = [200 points x $\frac{\text{(6 000 (patientèle))]}}{\text{4 000}}$ x 7 euros*

- Soit en fonction du **nombre d'ETP médicaux et paramédicaux**

Rémunération = Nombre de points variables x nombre d'ETP déclaré (/ 11 ETP pour la télétransmission) x 7 euros

Exemple : *Pour l'indicateur «**Télétransmission**» avec un nombre d'ETP de référence égale à 11 ETP (pour la télétransmission)*

Atteinte à 100% par un centre de santé ayant 16 ETP :

➥ *Rémunération 4 480 euros = [$\frac{\text{(440 points)}}{\text{11 ETP}}$ x 16] x 7 euros*

➢ Les indicateurs à points mixtes (variables et fixes)

Certains indicateurs ont une rémunération mixte comportant :

- une partie fixe et une partie **variable** selon **la patientèle**,
- une partie fixe et une partie **variable** liée au **nombre de professionnels de santé salariés du centre de santé ou au nombre d'ETP**.

Plusieurs indicateurs sont concernés :

- **Axe 1 – Accès aux soins :**
  - « **Réponse aux crises sanitaires graves** » - Bloc commun principal- Socle et prérequis :
    - Rédaction du plan : 100 points fixes,
    - Mise en œuvre d'actions : Les 350 points variables sont annexés sur une **patientèle de référence de 4 000 patients**.

Exemple de calcul de la rémunération selon la patientèle de la structure :

Pour une structure ayant 10 000 patients et une atteinte de 100% de l'indicateur *(+ conditions de survenue de crise sanitaire remplies)*
Nombre de points **= 100 points fixes + 350 points variables x ($\frac{10\,000}{4\,000}$)** **= 100 + 875** **= 975** **Rémunération** **= 975 points x 7 euros = 6 825 euros**

  - « **Mission de santé publique** » - Bloc commun principal - Optionnel :
    - Les 350 points variables/mission (limités à 2 missions) sont annexés sur une **patientèle de référence de 4 000 patients**,
    - Les 200 points variables/mission supplémentaires (limités à 1 mission) sont annexés sur une **patientèle de référence de 450 patients** pour les centres de santé ayant une forte activité infirmière et sur **2 600 patients** pour les centres ayant une forte activité dentaire,
    - 200 points fixes supplémentaires si le centre intègre un IPA.

Exemple de calcul de la rémunération selon la patientèle de la structure :

Pour une structure ayant 10 000 patients, une atteinte de 100% de l'indicateur pour 2 missions et intègre 1 IPA
Nombre de points **= 200 points fixes + 700 points variables x ($\frac{10\,000}{4\,000}$)** **= 200 + 1 750** **= 1 950** **Rémunération** **= 1 950 points x 7 euros = 13 650 euros**

- « **Accompagnement des publics vulnérables** » : Bloc commun complémentaire - Optionnel

  Rémunération sur 3 niveaux cumulables d'accompagnement :

  - 200 points variables **en fonction de la patientèle C2S et AME** pour le niveau 1,
  - 400 points variables supplémentaires **en fonction de la patientèle C2S et AME** pour le niveau 2,
  - 800 points variables supplémentaires **en fonction de la patientèle C2S et AME** pour le niveau 3,
  - 300 points fixes supplémentaires si le centre de santé compte la présence d'un médiateur.

Pour une structure ayant atteint les 3 niveaux de l'indicateur, un taux de précarité égal à 15% et comptant 1 médiateur parmi ses salariés

Nombre de points
= [(points fixes médiateur) 300
+
points variables niveaux 1 + 2 + 3 (200 + 400 + 800) × ($\frac{15\ (taux\ C2S\ et\ AME\ de\ la\ structure)}{9{,}552\ (taux\ national\ C2S\ et\ AME)}$))]
= 300 + (1 400 x 1,57)
= 2 498,5 points

Rémunération
= 2 498,5 points × 7 euros = 17 489,50 euros.

- « **Implication des patients** » : Bloc commun complémentaire - Optionnel

  Rémunération sur 2 niveaux d'implication cumulables :

  - Niveau 1 : 200 points fixes,
  - Niveau 2 : 300 points variables (**pour une patientèle de référence de 4 000 patients**).

Pour une structure ayant 10 000 patients et atteint les 2 niveaux

Nombre de points
= 200 points fixes + 300 points variables x ($\frac{10\ 000}{4\ 000}$)
= 200 + 750
= 950

Rémunération
= 950 points x 7 euros = 6 650 euros

- **Axe 2 – Travail en équipe et coordination :**

  - « **Fonction de coordination** » - Bloc commun principal – Socle et prérequis :
    - 1 000 points fixes,
    - Une première tranche de 1 700 points variables (pour une patientèle de référence de 4 000 patients) jusqu'à 8 000 patients, puis 1 100 points variables (toujours basés sur une **patientèle de référence de 4 000 patients**) au-delà de 8 000 patients est appliquée.

Exemple de calcul de la rémunération selon la patientèle de la structure :

Pour une structure ayant 10 000 patients et une atteinte de 100% de l'indicateur

Nombre de points
= 1 000 points fixes + 1 700 points variables × $(\frac{8\,000}{4\,000})$ + 1 100 points variables × $(\frac{2\,000}{4\,000})$
= 1 000 + 3 400 + 550
= 4 950 points

Rémunération
= 4 950 points × 7 euros = 34 650 euros.

  - « **Démarche qualité** » - Bloc commun complémentaire – Optionnel :
    - 100 points fixes pour le niveau 1,
    - 150 points fixes supplémentaires, et **25 points variables en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé salariés par le centre** (25 points pour 11 ETP de PS), pour le niveau 2
    - 150 points fixes supplémentaires, et **25 points variables en fonction du nombre d'ETP de professionnels de santé salariés par le centre** (25 points pour 11 ETP de PS), pour le niveau 3
    - 150 points fixes supplémentaires pour le niveau 4.

Pour une structure composée de 22 ETP et ayant atteint les 4 niveaux

Nombre de points
= [(100 points fixes (niv 1) + 150 points fixes (niv 2) + 150 points fixes (niv 3) + 150 points fixes (niv 4)) + ((50 points variables (niv 2 et 3) × $(\frac{22\ \text{ETP}}{11})$))]
= 550 + 100
= 650 points

Rémunération
= 650 points × 7 euros = 4 550 euros.

- **Axe 3 – Systèmes d'information**

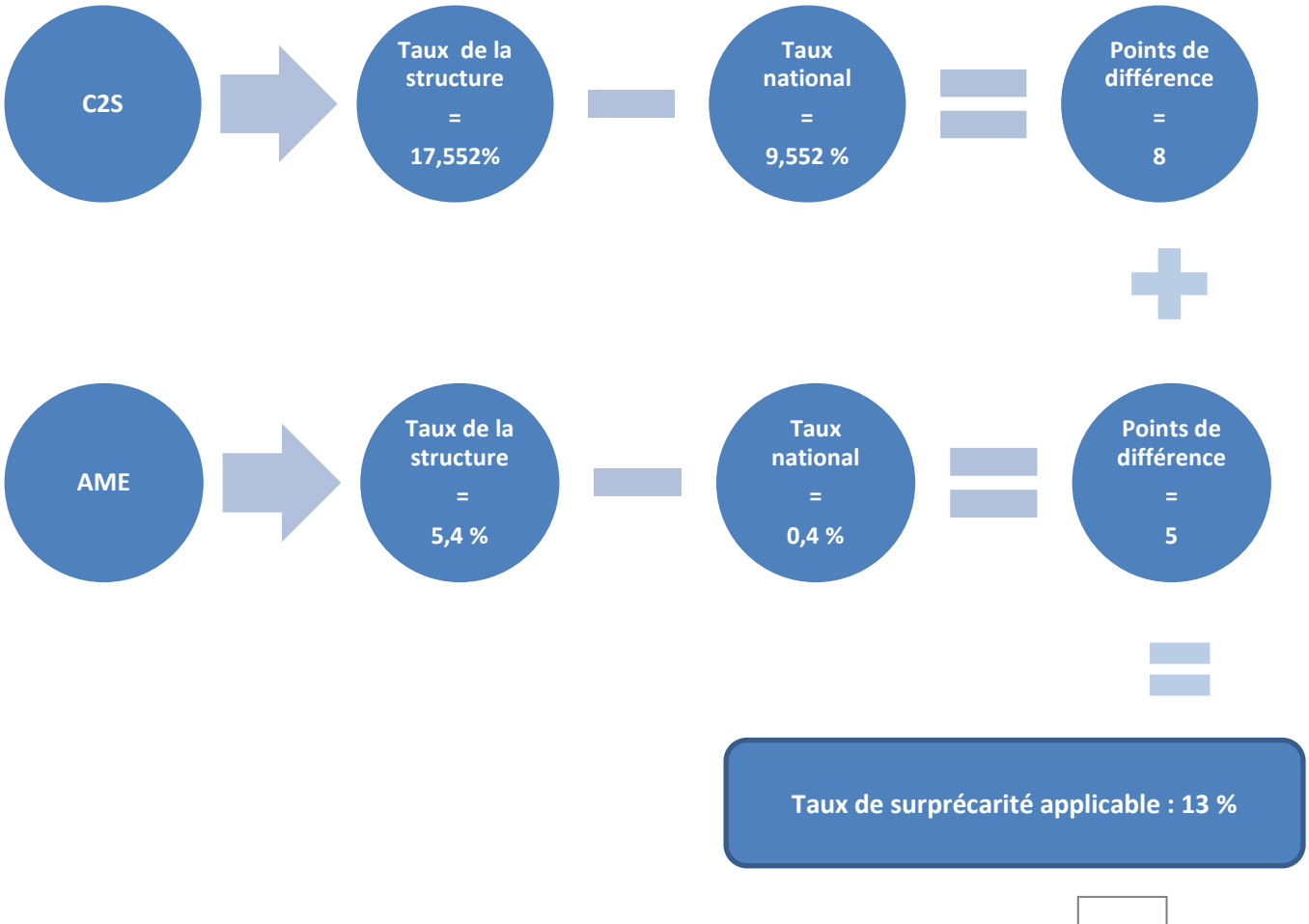
  - « **Système d'information** » - Bloc commun principal – Socle et prérequis :
    - 500 points (part fixe)
    - 200 points variables (au regard des professionnels de santé salariés du centre de santé jusqu'à 16 professionnels) et 150 points variables au regard des professionnels de santé salariés du centre de santé au-delà de 16 professionnels).

Pour une structure ayant atteint l'indicateur à 100%, composée de 20 professionnels de santé salariés
Nombre de points **= 500 points fixes + (200 points variables x 16) + (150 points variables x 4)** **= 500 + 3 200 + 600** **= 4 300 points** **Rémunération** **= 4 300 points × 7 euros = 30 100 euros.**

➢ Les majorations

- **Taux de précarité**

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité du centre de santé (définition et calcul précisés en annexe).



➢ **La proratisation en fonction de la date d'ouverture et de fermeture du centre de santé**

Une proratisation est appliquée à la rémunération calculée en fonction de la date d'ouverture et de fermeture du centre de santé.

3.6 Les justificatifs conditionnant la rémunération

Les centres de santé doivent mettre à disposition sur la plateforme ATIH :

- les justificatifs relatifs à l'atteinte des différents indicateurs sur l'année écoulée (année N),
- au plus tard au 28 février de l'année N+1.

4. Le calendrier de paiement

4.1 Avance

➢ **1ère année d'ouverture du centre de santé**

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

Le versement intervient dans les 2 mois suivant la date à laquelle le centre est régi par l'accord national.

➢ **Les années suivantes**

Le versement intervient en même temps que le paiement du solde de la rémunération de l'année N.

4.2 Solde de la rémunération

Le solde de la rémunération totale annuelle est versé en principe au plus tard le 30 avril de l'année N+1.

5. ANNEXE 1 = FORMULE DE CALCUL DES ELEMENTS DE REMUNERATION

5.1 Patientèle MT du centre de santé

La patientèle MT correspond au nombre de patients ayant déclaré comme « médecin traitant » un des médecins salariés du centre de santé (au 31/12 de l'année considérée).

5.2 La file active

La file active du centre de santé correspond au nombre total de patients ayant eu au moins un soin de médecine générale, quelle que soit la spécialité du professionnel de santé ayant réalisé le soin.

5.3 Le taux de précarité

Est défini en fonction :

- du **taux de patients CSS,**
- et du **taux de patients bénéficiaires de l'AME** parmi la file active du centre de santé.

La rémunération peut être majorée en fonction du taux de précarité du centre de santé avec l'application d'une « majoration de précarité ».
Le taux de patients CSS et le taux de patients AME du centre de santé sont comparés aux taux nationaux de patients CSS (9,552%) et AME (0,4%) afin de calculer la majoration de précarité du centre de santé selon les modalités suivantes :

Si le centre de santé a une part de patients CSS supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME supérieure à la moyenne nationale :
Majoration de précarité **=** **(Taux de patients CSS du centre de santé – Taux national CSS)** **+** **(Taux de patients AME du centre de santé – Taux national AME)**

➢ **Si le centre de santé a une part de patients CSS supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :**
Majoration de précarité **=** **Taux de patients CSS du centre de santé – Taux national CSS**

➢ **Si le centre de santé a une part de patients CSS supérieure à la moyenne nationale et une part de patients AME égale ou inférieure à la moyenne nationale :**
Majoration de précarité **=** **Taux de patients AME du centre de santé – Taux national AME**

6. ANNEXE 2 = LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES CONDITIONNANT LA REMUNERATION

6.1 BLOC COMMUN PRINCIPAL

Les éléments mis en évidence par la couleur de police rouge dans le tableau ci-après sont les indicateurs ayant évolué avec la mise en œuvre de l'avenant 4.

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	PRECISIONS
AXE 1 : Accès aux soins	• Horaires d'ouverture • Soins non programmés	SOCLE-PREREQUIS	• Charte d'engagement	Voir modèle-type en annexe 2 de l'Accord national La charte doit être également affichée dans le centre de santé
	• **Réponse aux crises sanitaires graves :** - **Rédaction d'un plan de préparation,** - **Mise en œuvre d'actions**	**SOCLE-PREREQUIS**	- Plan de préparation - Plan d'actions pouvant répondre aux besoins en patients	Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan de préparation et le plan d'actions
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• **Fonction de coordination au sein de la structure**	SOCLE-PREREQUIS	Document attestant de la mise en place de cette fonction : • Copie du contrat de travail • Fiche de poste • Etc…	
AXE 3 : Système d'information	• Mettre en place un système d'information labellisé par l'ANS de niveau « standard »	SOCLE-PREREQUIS	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : • factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location…	La date d'acquisition du logiciel doit apparaitre sur le document

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	PRECISIONS
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• Concertation pluri professionnelle : Organiser des réunions de concertation pluri-professionnelle	SOCLE	• Calendrier des réunions sur l'année civile N • Nombre de dossiers examinés par réunion	Les comptes rendus ne sont pas transmis mais tenus à la disposition du service médical de la caisse
	• Élaborer des protocoles pluri-professionnels	SOCLE	Copie des protocoles élaborés	
AXE 1 : Accès aux soins	• **Mettre en place des missions de santé publique**	OPTIONNEL	• Pour la forte activité dentaire : le(s) contrat(s) de partenariat prévoyant la réalisation de bilans bucco-dentaires par les chirurgiens-dentistes du centre de santé conclus avec les établissements, structures ou associations.	Pour la présence d'un IPA : Le centre de santé renseigne la rubrique « Professionnels de santé exerçant au sein du centre de santé » sur l'ATIH.
	Diversification de l'offre de soins			
	• **Organiser des consultations de de second recours**	OPTIONNEL	• Liste des professionnels salariés du centre de santé	Données complétées sur la plateforme ATIH
	• **Offrir une diversité de soins**	OPTIONNEL	• Liste des professionnels salariés du centre de santé	Données complétées sur la plateforme ATIH
	• Accueillir au moins un médecin salarié d'un autre centre de santé signataire d'un contrat CSTM	OPTIONNEL	• Copie du contrat CST	
	• **Participer aux soins non programmés et répondre aux indicateurs tels que définis aux articles 8.3.5 et 8.3.6**	**OPTIONNEL**	• Sans	Cet indicateur est vérifié par la Caisse nationale d'assurance maladie

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• **Concertation pluri professionnelle : si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique « Professionnels de santé exerçant au sein du centre de santé » sur l'ATIH.
	• Concertation pluri professionnelle : *si Forte activité dentaire* Réunion de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes	OPTIONNEL	• Planning des réunions de coordination intervenues dans l'année entre les chirurgiens-dentistes du centre de santé	
	• **Former des professionnels de santé *(y compris pour la forte activité dentaire ou infirmière)***	OPTIONNEL	• Copie de l'attestation ou convention de stage	Identifier le nom du stagiaire, la profession et les dates de stage
	• Coordination externe : Mettre en place une procédure de transmission des données de santé nécessaire à la prise en charge des patients vers des PS extérieurs, des établissements sanitaires, des structures et services médico-sociaux etc	OPTIONNEL	• Document attestant de la mise en place des procédures • Copie des contrats *(forte activité dentaire)*	
	• Contrat passé avec 1 EHPAD ou établissement de santé médico-social *(Forte activité dentaire)*	OPTIONNEL	• Planning des réunions de coordination intervenues dans l'année entre les chirurgiens-dentistes du centre de santé	

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• **Élaborer des protocoles pluri-professionnels : si le centre de santé intègre parmi ses professionnels de santé un IPA**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique « Professionnels de santé exerçant au sein du centre de santé » sur l'ATIH.
	• **Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmes dans le cadre du service d'accès aux soins (SAS)**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique «Soins non programmés» sur l'ATIH.
	• **Valoriser l'effection des soins non programmes régulés par le service d'accès aux soins (SAS)**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique «Soins non programmés» sur l'ATIH.
	• **Mettre en œuvre des protocoles de coopération de soins non programmes**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique « Protocoles nationaux » sur l'ATIH. Les vérifications de déclaration et d'atteinte de cet engagement sont réalisées par la Caisse nationale d'assurance maladie depuis l'application «Démarches simplifiées».
	• **Participer au parcours insuffisance cardiaque**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique «Parcours et coordination» sur l'ATIH.
	• **Participer au parcours visant à accompagner les enfants en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité (MRTC)**	**OPTIONNEL**	• Sans	Le centre de santé renseigne la rubrique «Parcours et coordination» sur l'ATIH.

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 3 : Système d'informations	• Mettre en place un système d'information labellisé par l'ANS de niveau « avancé» • Système d'information permettant la tenue d'un dossier informatisé structuré intégré dans le SI du centre polyvalent *(Forte activité dentaire)*	OPTIONNEL	Copie attestant de l'acquisition du système d'information : • factures du logiciel, de bons de commande, de contrats d'abonnement ou de maintenance ou de location…	La date d'acquisition du logiciel doit apparaitre sur le document

6.2 BLOC COMMUN COMPLEMENTAIRE

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 1 : Accès aux soins	• **Accompagnement des publics vulnérables** **Si présence d'un médiateur**	OPTIONNEL	• Plan d'actions de niveau 1, • Plan d'actions de niveau 2, • Plan d'actions de niveau 3. • Document attestant de la présence du médiateur.	Modèle disponible sur la plateforme ATIH. Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan d'actions pour chaque niveau Copie du contrat de travail, Fiche de poste
	• **Implication des patients (usagers)**	OPTIONNEL	• Plan d'actions de niveau 1, • Plan d'actions de niveau 2.	Modèle disponible sur la plateforme ATIH. Le centre de santé met à disposition sur la plateforme ATIH le plan d'actions pour chaque niveau. Ce plan précise les moyens mis en œuvre et le contenu de la prise en charge pour chaque action spécifique réalisée.

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 2 : Travail en équipe et coordination	• Démarche qualité	OPTIONNEL	• Document attestant de l'état d'avancement de la démarche qualité (désignation d'un coordinateur de la démarche qualité, le PAQ, attestation de la certification qualité du centre de santé par un organisme extérieur habilité).	Modèle disponible sur la plateforme ATIH

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 3 : Système d'information	• Télétransmission et téléservices	OPTIONNEL	• Sans	
	• Mise à disposition d'un justificatif informatique attestant de l'utilisation des téléservices	OPTIONNEL	• Justificatif attestant de l'utilisation des téléservices	
	• Télémédecine - Équipement pour vidéotransmission sécurisée	OPTIONNEL	• Copie des factures d'abonnement ou de recours à une solution technique permettant la téléconsultation	
	• Télémédecine - Équipements médicaux connectés	OPTIONNEL	• Copie des factures des équipements médicaux connectés	Liste des équipements connectés : oxymètre connecté, - stéthoscope connecté, - dermatoscope connecté, - otoscope connecté, glucomètre connecté, - électrocardiogramme (ECG) connecté, - sonde doppler connectée, - échographe connecté, - mesure pression artérielle connectée, - caméra connectée, - outils de tests visuels, audiogramme connectés, - matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés.

AXE DE L'ENGAGEMENT	INDICATEURS	TYPE	PIECE JUSTIFICATIVE	Précisions
AXE 3 : Système d'information	• Capacité à coder les données	OPTIONNEL	• Résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres	Donnée complétée sur la plateforme ATIH
	• **Remplissage du DMP**	**OPTIONNEL**	**Sans**	Le décompte des DMP renseignés par les salariés du centre de santé est réalisé par l'Assurance maladie
	• **Usage de la messagerie sécurisé de santé**	**OPTIONNEL**	**Sans**	Le décompte de l'usage de la messagerie sécurisée intégrée dans le service « Mon espace Santé est réalisé par l'Assurance maladie.
	• **E-prescription**	**OPTIONNEL**	**Sans**	Le décompte des prescriptions de produits de santé réalisées via le service e-prescription est opéré par l'Assurance maladie.
	• **Application carte vitale**	**OPTIONNEL**	**Sans**	Le décompte des FSP réalisées via l'application « Carte Vitale » est réalisée par l'Assurance maladie.