



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Région Auvergne  
Rhône-Alpes

# ACCOMPAGNEMENT FINANCIER DES CENTRES DE SANTE POLYVALENTS

*16 MAI 2025*



16/05/2025



**l'Assurance  
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Auvergne-Rhône-Alpes

# 01

**RAPPEL : QU'EST CE QU'UN CENTRE DE SANTÉ ?**

## QU'EST CE QU'UN CENTRE DE SANTÉ ?

- Structure sanitaire de proximité au sein de laquelle les professionnels de santé sont **salariés** ;
- Le centre de santé peut être :
  - **Polyvalent ou médical**
  - **Infirmier**
  - **Dentaire**
  - **OPH**
- Le centre de santé peut être porté par :
  - **Une association**
  - **Une municipalité**
  - **Une structure privée (Ex: Ramsey)**
  - **Un Groupement d'Intérêt Public (GIP)**

## QU'EST CE QU'UN CENTRE DE SANTÉ ?

- Dispense des soins de 1er recours et, le cas échéant, de 2nd recours;
- Pratique à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, sans hébergement, ou au domicile du patient;
- Peut mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale;
- Est ouvert à toute personne sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels y exerçant. Cette disposition vise à assurer un égal accès à tous.

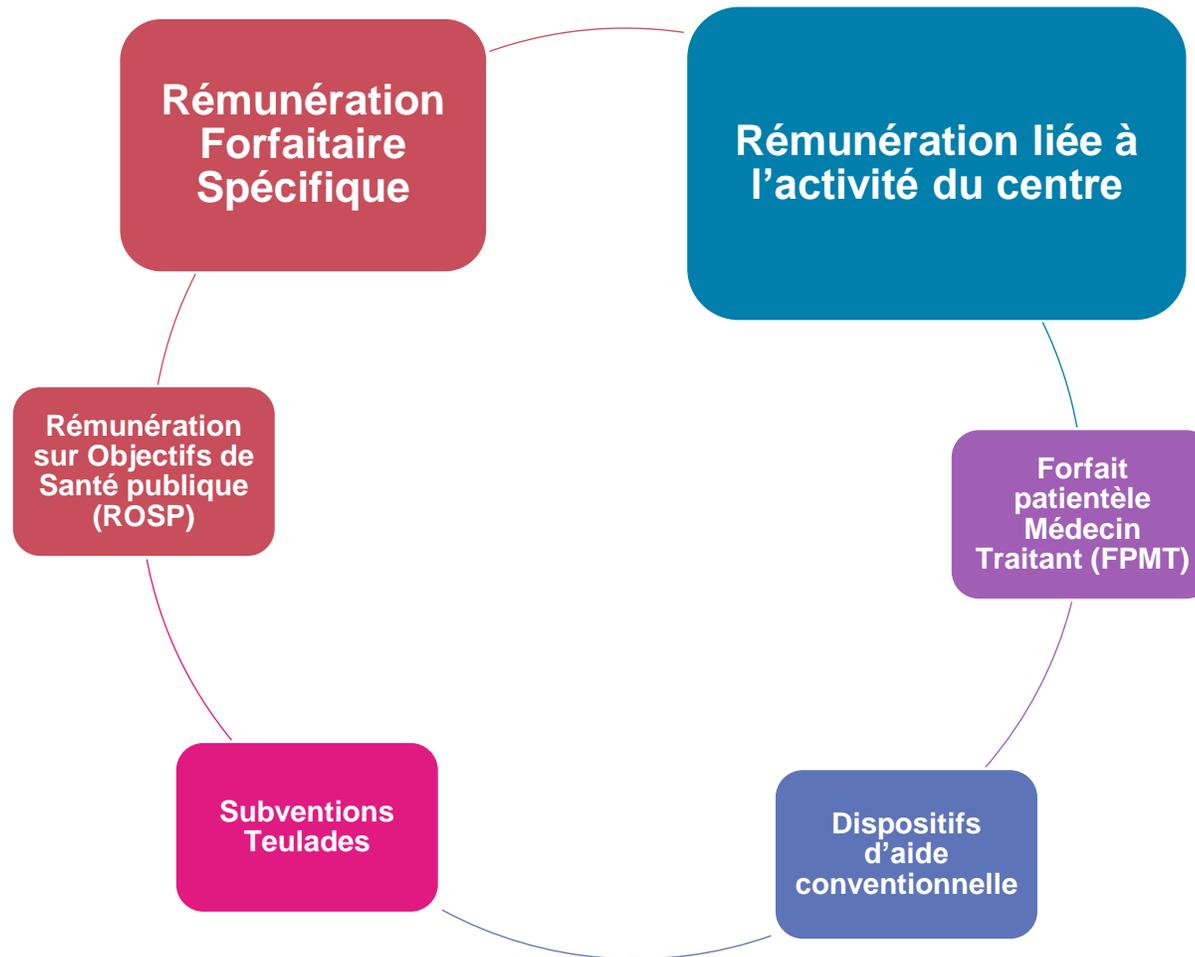
## QU'EST CE QU'UN CENTRE DE SANTÉ ?

- La facturation des actes est réalisée au nom du centre de santé (Finess géographique) via la carte CPS du professionnel ;
- La nomenclature des actes (CCAM et NGAP) s'applique dans les mêmes conditions que pour les professionnels de santé libéraux ;
- Il pratique le tiers-payant

# 02

## LES MODALITÉS DE FINANCEMENT

# VISION GÉNÉRALE DU FINANCEMENT DES CENTRES DE SANTÉ



# LA RÉMUNÉRATION A L'ACTE

# TARIFICATION A L'ACTE

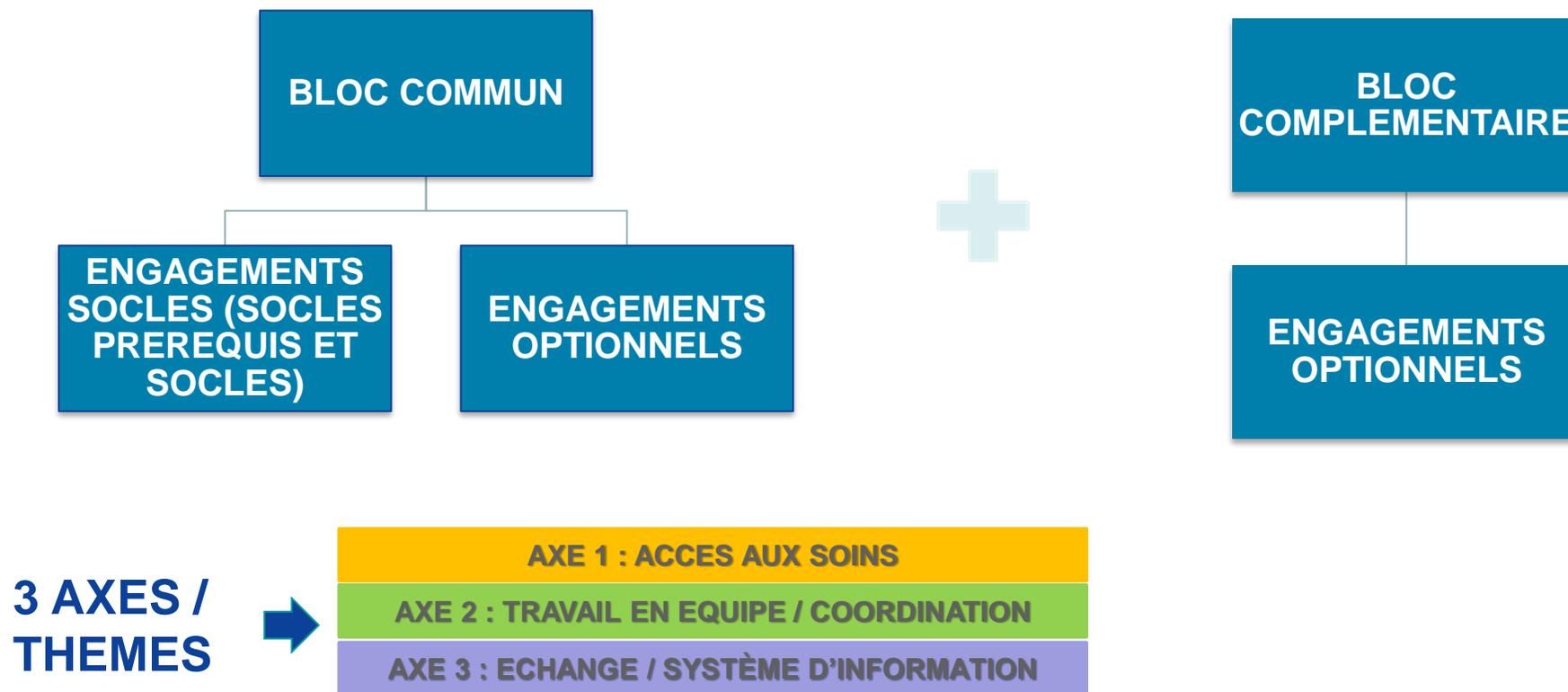
L'Assurance Maladie prend en charge les soins sur la base des tarifs conventionnels dans le cadre de la NGAP.

# LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SPÉCIFIQUE

# PRINCIPES ET GENERALITES

- **Pour qui**
  - Chaque CDS relevant de l'accord national des centres de santé ayant atteint l'ensemble des indicateurs « socles prérequis » et ayant saisi les données concernant la rémunération sur la plateforme ATIH avant le 28/02 de l'année N+1.
  
- **Pour quoi**
  - Une valorisation de la qualité de la prise en charge des patients par le CDS
  
- **Quel fonctionnement de cette rémunération**
  - Basée sur l'atteinte de différents types d'indicateurs :
    - ✓ **des socles et prérequis** : le CDS doit s'engager sur ces indicateurs et leur atteinte, cela conditionne le déclenchement du calcul de la rémunération
    - ✓ **des indicateurs optionnels** : le CDS a le choix de s'engager ou non sur ces indicateurs
  
  - Une rémunération par points en fonction de l'atteinte des indicateurs :
    - ✓ fixes
    - ✓ ou variables en fonction de la patientèle du centre de santé / taux de précarité / nombre d'ETP

# CONSTITUTION DES INDICATEURS



# INDICATEURS SOCLES ET PRÉREQUIS BLOC COMMUN PRINCIPAL

## Axe 1

### Accès aux soins

Horaires d'ouverture :

Ouvrir de 8h à 20h, samedi matin et congés scolaires

Soins non programmés :

Organiser l'accès à des soins non programmés

Réponses aux crises sanitaires graves :

- Rédiger un plan de préparation à la réponse de crise sanitaire
- Mettre en oeuvre les actions inscrites au plan en cas de déclenchement d'une crise sanitaire par les autorités compétentes

## Axe 2

### Travail en équipe et coordination

Fonction de coordination :

La fonction doit être assurée par des personnes exerçant dans la structure ou par un recrutement spécifique

## Axe 3

### Système d'information

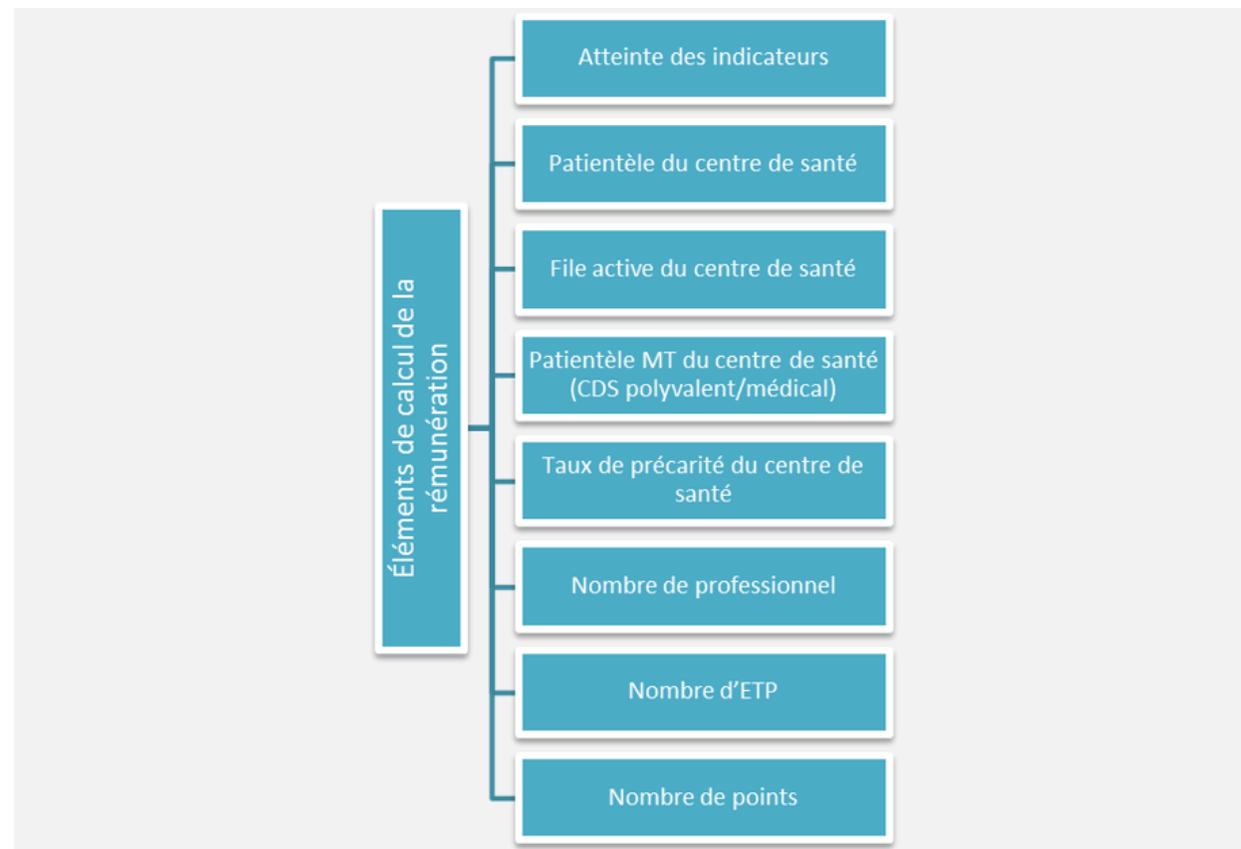
Mettre en oeuvre un système d'information labellisé de niveau "standard" par l'ANS

# MODALITES DE CALCUL

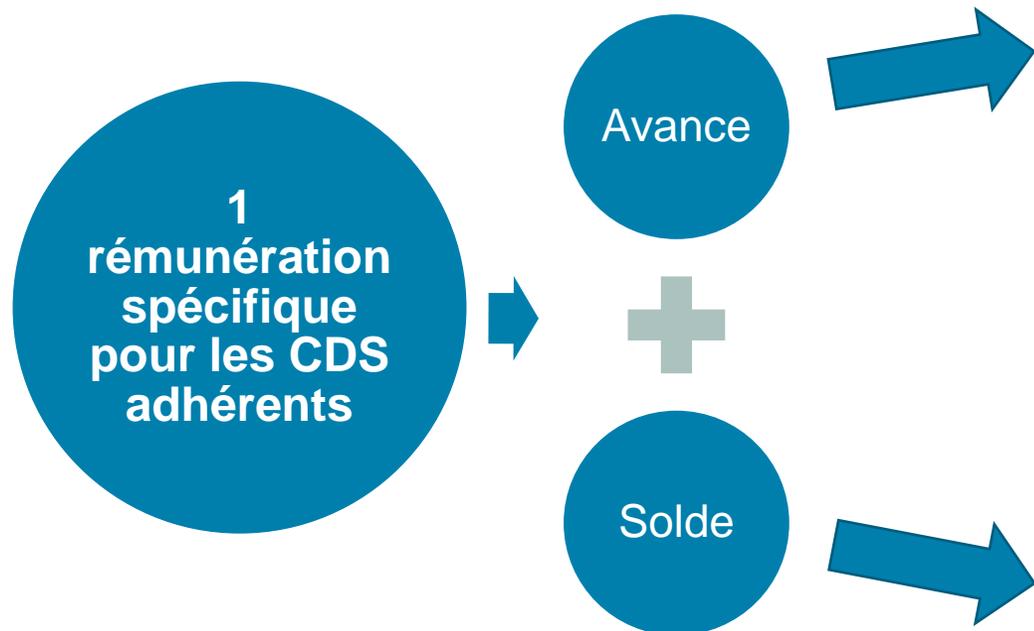
Éléments pris en compte dans le calcul :

- Le nombre de points (atteinte de l'indicateur : fixe ou variable)
- La patientèle de référence : nombre de patients ayant déclaré un médecin généraliste du centre comme médecin traitant 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 (propre au CDS polyvalents ou médicaux).
- La file active : 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 CDS. CDS dentaire : nombre de patients ayant eu au moins un soin remboursable facturé par un des chirurgiens-dentistes salariés du centre de santé au cours de l'année. CDS IDE : Elle correspond au nombre de patients ayant eu au moins 3 jours de soins infirmiers au cours de l'année.
- Taux de précarité du centre : 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 (majoration de la rémunération)
- Nombre de PS salariés (utilisé pour le calcul de l'indicateur socle et prérequis SI)
- Nombre d'ETP (indicateur taux de télétransmission et **démarche qualité en fonction de la typologie du centre – dentaire et IDE**)
- Possibilité de minoration des points (ex : accessibilité du CDS)

Valeur du point : 7€



# MODALITES DE PAIEMENT



60 % du montant du bloc commun principal et complémentaire sur la base des résultats obtenus en n-1  
Versement au plus tard au 30 avril de l'année n pour les CDS déjà adhérents l'année n-1

Après saisies sur la plateforme ATIH et transmission des justificatifs relatifs aux indicateurs du bloc commun principal et complémentaire, montant complémentaire en fonction de l'atteinte des indicateurs et du nombre de points obtenus sur l'année n,

Versement au plus tard le 30 avril n+1 au titre de l'année n

# MODALITES DE PAIEMENT

Dispositif spécifique pour les CDS « nouvellement créés » (dépôt depuis moins d'un an de son projet de santé auprès de l'ARS à la date de leur adhésion à l'accord national) :

- Dérogation sur le nombre d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : 2 prérequis au lieu de 3 pour les autres CDS (pendant 2 ans : année où a commencé à être régit par l'accord national et année suivante)
- Versement d'une avance calculée en fonction des montants moyens des rémunérations versées aux CDS de la même catégorie l'année précédente et proratisé en fonction du trimestre d'adhésion (prise de contact par le CDS avec la CPAM dans les 3 mois d'attribution du numéro FINESS, et paiement par la CPAM dans les 2 mois suivants). Le montant est proratisé en fonction du trimestre de l'année civile au cours de laquelle le centre a été créé, comme suit :

**1<sup>er</sup> trimestre de l'année civile** = 100% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

**2<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile** = 75% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

**3<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile** = 50% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

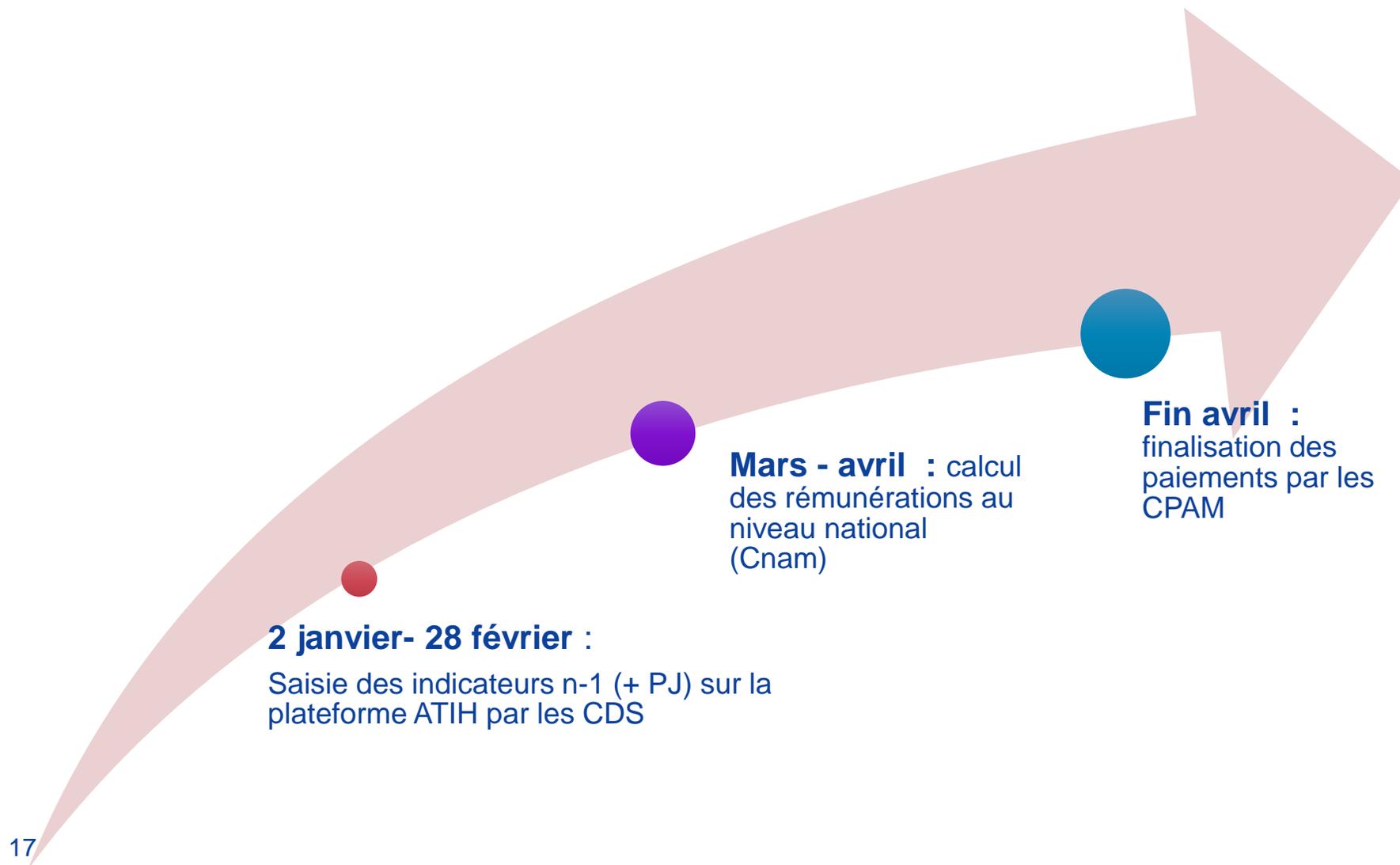
**4<sup>ème</sup> trimestre de l'année civile** = 25% du montant moyen des rémunérations versées aux centres de santé de la même catégorie l'année précédente

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.

# CALENDRIER ANNUEL



# GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

**Guide méthodologique consultable  
sur Ameli.fr**



# RÉMUNÉRATIONS FORFAITAIRES MEDECINS TRAITANTS

# FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT (FPMT)

- Valorise le rôle du centre de santé, dans le suivi de sa patientèle, dont l'un des médecins a été désigné comme médecin traitant,
- Applicable à tous les CDS dès lors que le CDS a au moins un médecin salarié,
- Modalités de calcul et de versement identiques aux médecins libéraux (traitement automatique).

Caractéristiques du patient	Précision	Valorisation FPMT
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	<b>6€</b>
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	<b>46€</b>
Patient de moins de 80 ans et en ALD	Y compris enfants de 0 à 6 ans	<b>46€</b>
Patients de 80 ans ou plus et en ALD		<b>70€</b>
Autres patients	7 à 79 ans, hors ALD	<b>5€</b>

# ROSP MÉDECIN TRAITANT DE L'ADULTE

Thèmes valorisés  
ROSP MT adulte

Suivi des pathologies chroniques

• 220 points (8 indicateurs)

Prévention

• 390 points (12 indicateurs)

Efficiences

• 330 points (9 indicateurs)

**Infos détaillées** → <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte>

# ROSP MÉDECIN TRAITANT DE L'ENFANT

Thèmes valorisés  
ROSP MT enfant

Suivi des pathologies chroniques

• 70 points (2 indicateurs)

Prévention

• 235 points (8 indicateurs)

Infos détaillées → <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-enfant>

# RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE (ROSP)

## Modalités de calcul

- **Un nombre de points par indicateur qui correspond à un taux de réalisation de 100%**
- **Une valeur du point fixée à 7€**
- **Une rémunération versée chaque année par l'Assurance maladie qui tient compte :**
  - Du niveau atteint pour chaque indicateur par rapport aux objectifs du dispositif (cible et intermédiaire),
  - De la progression.
- **Une proratisation à la patientèle médecin traitant**
- **A noter :**
  - Une méthode de calcul spécifique pour les CDS « nouveaux installés » : actualisation des taux de départ tous les ans pendant 3 ans et majoration de la valeur du point pendant les 3 années d'ouverture (dégressive : 20% la 1ère année, 15% la 2ème année et 5% la 3ème année).

# FOCUS SUR DES DISPOSITIFS LIÉS À L'ACTIVITÉ DU CENTRE

## INFOS GÉNÉRALES

- Versement de la **Majoration pour personnes âgées** (MPA) pour le suivi des personnes âgées de 80 ans et plus dont aucun des médecins du centre de santé n'est désigné comme médecin traitant (5€ par consultation/visite réalisée)
- **Télémédecine** : application du seuil maximal d'activité de télémédecine aux centres de santé (Transposition du seuil de 20% mis en place par l'avenant 9 médecin)
- **Téléexpertise** : les centres de santé peuvent être « centre de santé requérant » si l'un des professionnels salarié du centre sollicite une expertise ou « centre de santé requis » si l'un des médecins salarié est sollicité par un autre professionnel en raison de sa formation ou de sa compétence particulière,

# PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA)

« Pour rappel, la PDSA correspond à la réponse à la demande de soins non programmés, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé ».

## ■ Modalités de participation pour les CDS

- Les médecins salariés des centres de santé doivent être mentionnés sur le tableau de PDSA et inscrits sur le tableau tenu par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM),
- Deux modes de participation : Régulation : réponse aux appels des patients / Réalisation d'astreintes dans un territoire de PDSA.

## ■ Rémunération du CDS (cf. cahier des charges régional de la PDSA arrêté par l'ARS ARA)

## SUBVENTION TEULADE (ART. L. 162-32 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE)

- Versement par les CPAM aux centres de santé d'une subvention égale à « une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux. »
- En pratique : **remboursement de 11,5 %** de l'assiette des cotisations patronales,
- A noter : Disposition applicable aux CDS adhérents à l'Accord national.

# DISPOSITIFS D'AIDES CONVENTIONNELLES

- Les contrats démographiques
- Les aides à l'embauche d'un assistant médical
- L'intégration des IPA

MERCI DE VOTRE ATTENTION