

L'annexe 12 du forfait structure est annulée et remplacée par une annexe 12 rédigée comme suit :

Annexe 12 : LE FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien.

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- Le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients.
- Le deuxième volet, constitué de sept indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points en 2017, 460 points en 2018 et 735 points en 2019. A compter de 2020, le nombre de points total du forfait structure s'élève à 885 points.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Par ailleurs, à compter de 2019, ce forfait structure est complété par une rémunération forfaitaire exprimée non en points mais en euros (volet 3), conformément aux dispositions prévues à l'article 20.3 de la présente convention.

Article 1 Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 175 points en 2017, 230 points en 2018 et 280 points en 2019. « A compter de 2022 ce volet est revalorisé à hauteur de 400 points par l'intégration dans le volet 1 de l'indicateur « *participation à une démarche de soins coordonnée* », initialement intégré dans le volet 2 du forfait.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.

En outre, ces prérequis conditionnent également la rémunération du deuxième volet et la possibilité de bénéficier de l'aide à l'embauche d'un assistant médical prévue au volet 3 du forfait structure.

Article 1.1 Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels.

Article 1.2 Utilisation d'une messagerie sécurisée

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise.

Article 1.3 La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE

La version du cahier des charges SESAM -Vitale requise doit intégrer les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N -1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.

L'objectif est que les médecins disposent d'un l'outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie (fonctionnalités de suivi des factures....).

Article 1.4 Le taux de télétransmission

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.

Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161- 43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Pour le calcul du taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et,
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée en fonction du démarrage du professionnel de santé à la télétransmission.

La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- ⇒ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$;
- ⇒ Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

$$\text{Calcul du ratio : } \frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

Article 1.5 Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- renseigner à partir d'Espace Pro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur Espace pro au plus tard le 31/01 de l'année N+1,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

Article 1.6 Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel métier avec LAP, compatible DMP			Déclaratif	Annuelle
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.			Déclaratif	Annuelle
	Version du cahier des charges SESAM Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE-SV au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle
	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Annuelle
2022	Participation à une démarche de soins coordonnée			déclaratif	annuelle
TOTAL		175 (2017) 230 (2018) 280 (2019 - 2020-2021) 400 (2022)	1 225 € en 2017 1 610 € en 2018 1 960 € en 2019, 2020 et 2021 2800 € en 2022		

Article 2 Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Ce volet est affecté de 75 points en 2017, 230 points en 2018 répartis entre cinq indicateurs et 455 points en 2019 répartis entre sept indicateurs.

A compter de 2020 est créé un 8^{ème} indicateur affecté de 150 points pour valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale ». Ainsi, le nombre point du volet 2 du forfait structure pour 2020 et 2021 s'élève à 605 points. A compter de 2022, le nombre de points du volet 2 sera de 485 points par le transfert de l'indicateur 3 dans le volet 1 du forfait structure.

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.

Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1^{er} de la présente annexe).

Article 2.1 Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

- la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),
- le protocole de soins électronique (PSE),
- la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),
- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisé (CMATMP).

Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le taux de dématérialisation d'un téléservice est calculé comme suit :

- Taux de DCMT dématérialisées :

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

- Taux de PSE :

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

- Taux d'AAT dématérialisés :

Taux = Nombre d'AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

- Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, pendant les premières années suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30%	40%	50%	60%
CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

Cet indicateur est affecté de 20 points, en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019.

Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

Article 2.2 Capacité à coder des données médicales

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 10 points, en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.3 Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019 et 120 points à compter de 2020.

A compter de 2022, cet indicateur est transféré dans le volet 1.

Article 2.4 Amélioration du service offert aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d'appui,...).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019 et 70 points à compter de 2020.

Article 2.5 Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.6 Valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémedecine, etc.

Cet indicateur est affecté 50 points à compter de 2019.

Article 2.7 Valoriser le recours à la télémedecine – aide aux équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place pour l'aide aux équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine ; la liste de ces équipements sera établie, avant la fin 2018, sur avis de la Commission Paritaire Nationale et actualisée chaque année.

Cet indicateur est affecté de 25 points à compter de 2019.

Article 2.8 « Indicateur 8 : valoriser la « participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale »

Ce nouvel indicateur est mis en place pour valoriser l'implication des médecins dans le cadre d'une organisation territoriale régulée pour répondre aux besoins de soins non programmés hors dispositifs de PDSA (demande de prise en charge le jour-même ou dans les 24 heures émanant de patients du territoire en situation d'urgence non vitale). Cette organisation s'inscrit notamment dans le cadre des missions mises en place par les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé. Cette réponse

implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale.

Cet indicateur est valorisé dès 2020 à hauteur de 150 points ».

Article 2.9 Justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 2 : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	Dématérialisation des téléservices	20 en 2017 60 en 2018 90 en 2019	140€ en 2017 420€ en 2018 630€ en 2019	Automatisé	Annuelle
	Capacité à coder les données médicales ¹	10 en 2017 20 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 140€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	15 en 2017 40 en 2018 60 en 2019 120 en 2020 et 2021 2022 transfert volet 1	105€ en 2017 280€ en 2018 420€ en 2019 840 € en 2020 et 2021	Déclaratif	Annuelle
	Amélioration du service offert aux patients	20 en 2017 80 en 2018 130 en 2019 70 en 2020	140€ en 2017 560€ en 2018 910€ en 2019 490 € en 2020	Déclaratif	Annuelle
	Valorisation de la fonction de maitre de stage	10 en 2017 30 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 210€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser le recours à la télémédecine	50 en 2019	350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser le recours à la télémédecine	25 en 2019	175€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre d'une régulation territoriale	150 à compter de 2020	1050 € en 2020	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		75 en 2017 230 en 2018 455 en 2019 605 en 2020 et 2021 485 en 2022	525 € en 2017 1 610 € en 2018 3 185 € en 2019 4 235 € en 2020 et 2021 3 385 € en 2022		

Article 3 Troisième volet du forfait structure : participation au financement du recrutement d'un assistant médical au sein du cabinet médical

Ce volet prévoit une aide pérenne à compter du recrutement d'un assistant médical et dans le respect des conditions et critères d'éligibilité prévues à l'article 9.3 de la présente convention.

Ce troisième volet est conditionné à l'atteinte des pré-requis tels que prévus dans le volet 1 du forfait structure à compter de 2019 et au respect de ses engagements par le médecin employeur, tels que définis aux articles 9-5-2-2 et suivants.

Ainsi, pour le financement d'au moins 1/3 d'ETP d'assistant médical (option 1) :

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 12000 euros par médecin.
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 9000 euros.
- à partir de la 3^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical, l'aide est maintenue de manière pérenne à 7000 euros, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément aux articles 9-5-2-2 et suivants.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 8350 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 12 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement d'au moins 1/2 d'ETP d'assistant médical (option 2) :

L'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 18000 euros.
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 13500 euros.
- à partir de la 3^{ème} année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 10500 euros pour la partie fixe, proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément aux articles 9-5-2-2 et suivants. »
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 12 500 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 18 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.

Pour le financement dans le cadre de l'option spécifique pour les médecins exerçant en zone sous dense (article 9-5-2-4), l'aide est répartie de la manière suivante :

- la 1^{ère} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est porté à 36000 euros par médecin.
- la 2^{ème} année de l'embauche de l'assistant médical : le montant de l'aide est de 27000 euros maximum.
- à partir de la 3^{ème} année, l'aide est maintenue de manière pérenne à 21000 euros maximum et proratisée en fonction du niveau d'atteinte des objectifs conformément aux articles 9-5-2-2 et suivants.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe entre le 90^{ème} percentile et le 95^{ème} percentile, l'aide maximale versée à partir de la 3^{ème} année est de 25 000 euros par an.
- Pour les médecins dont la patientèle médecin traitant et/ou file active se situe au-dessus du 95^{ème} percentile, l'aide maximale est de 36 000 euros par an pendant toute la durée du contrat.