

CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

FORFAIT STRUCTURE 2019

CONVENTION MEDICALE du 25 août 2016

REFERENCE : ARTICLE 20 ET ANNEXE 12 DE LA CONVENTION MEDICALE
DU 25 AOUT 2016

Sommaire

Présentation du forfait structure	3
I. Volet 1 - Valoriser l'investissement dans les outils.....	5
II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	17
III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins.....	25
IV. Calcul de la rémunération.....	26
V. Vérifications.....	26

Présentation du forfait structure

Le forfait structure défini à l'article 20 de la convention médicale vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique, la gestion de leur cabinet au quotidien et développer des démarches d'appui et de services offerts aux patients.

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives pour se consacrer davantage aux soins et à la pratique médicale.

Tous les médecins libéraux exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice. Les médecins conventionnés n'ont pas la possibilité de renoncer à ce forfait.

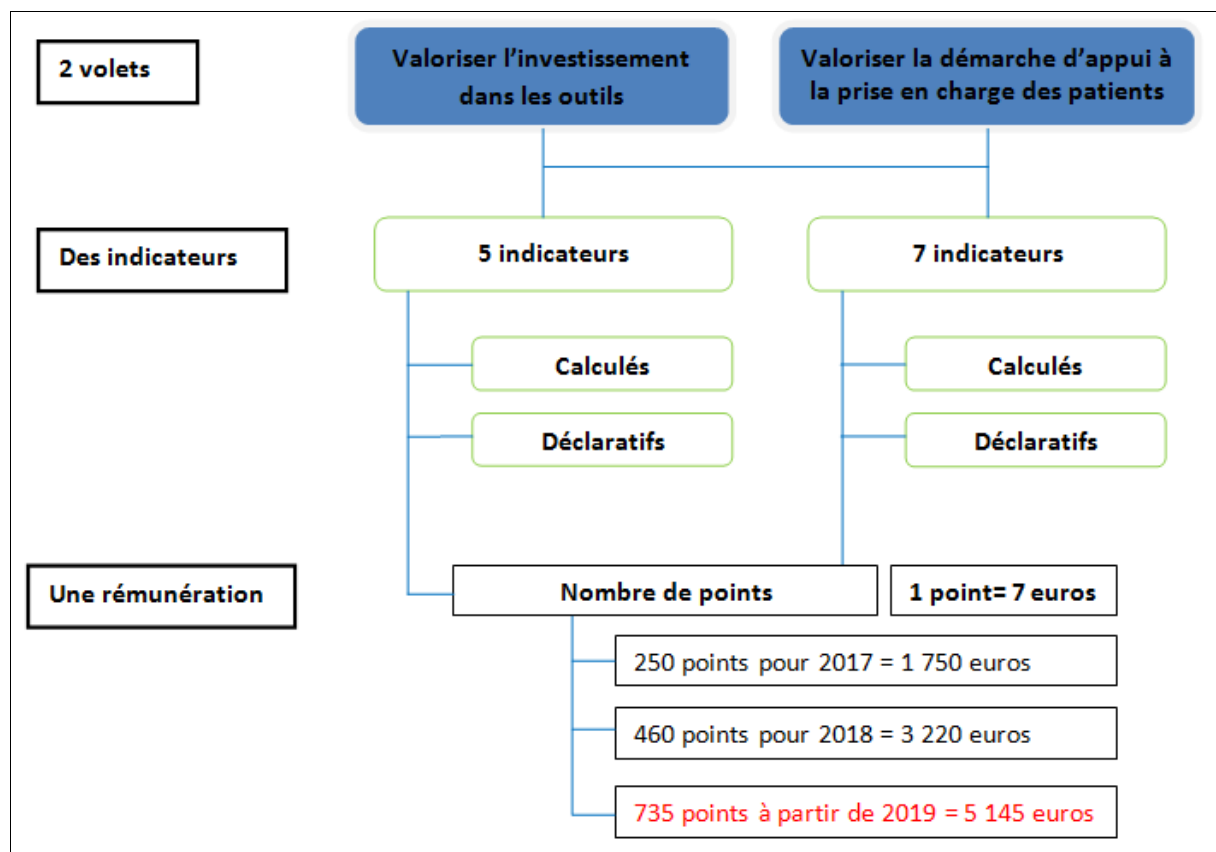
Ce forfait structure comprend 2 volets d'indicateurs :

Le premier volet – volet 1 ou volet « prérequis » - est constitué de 5 indicateurs, qui doivent être atteints pour bénéficier de la rémunération correspondante et pour accéder à la rémunération liée aux indicateurs du second volet du forfait.

Le second volet est constitué d'indicateurs optionnels et indépendants les uns des autres. Il 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.

A la suite de la signature de l'avenant 6 à la convention médicale de 2016, deux nouveaux indicateurs en faveur du déploiement de la télémedecine sont introduits au volet 2 à compter de l'année 2019.

Ce forfait structure consiste en une rémunération forfaitaire annuelle calculée sur la base d'un système de points, dont l'enveloppe évolue dans le temps : pour une réalisation à 100%, la rémunération est de 735 points pour 2019. La valeur du point est fixée à 7 euros.



I. Volet 1 - Valoriser l'investissement dans les outils

Le volet 1 du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet. Il est affecté de 280 points pour 2019 (contre 230 points en 2018).

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent être tous atteints pour permettre de percevoir la rémunération correspondante et déclencher la rémunération au titre des indicateurs du volet 2.



Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2019	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatif
Volet 1 PRE-REQUIS (tous ces indicateurs doivent être atteints pour permettre une rémunération et déclencher celle du volet 2)	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible DMP	280	1960 €	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation de l'éditeur
	Indicateur 2 : Utiliser une messagerie sécurisée de santé			Déclaratif avec pré-alimentation	Pré-alimentation ou attestation sur l'honneur
	Indicateur 3 : Disposer d'une Version du cahier des charges SESAM - Vitale intégrant 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			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 5 : Affichage sur le site Annuaire Santé des horaires d'ouverture du cabinet			Déclaratif avec pré-alimentation	Pas de justificatif demandé
TOTAL		280 points	1960 €		



1. Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP

a. Description de l'indicateur :

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP) pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels.

Pour l'année 2019, pour atteindre cet indicateur le médecin doit au 31 décembre 2019 disposer d'un équipement comprenant les trois éléments suivants :

- un logiciel métier,
- un logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS,
- un logiciel compatible avec l'usage du DMP.

b. Modalités de déclaration par le médecin

Cet indicateur est déclaratif. Toutefois, pour faciliter les déclarations des médecins il est prévu de pré-remplir directement cet indicateur à partir des systèmes d'information de l'assurance maladie :

- les données déclarées antérieurement par les médecins au titre des indicateurs de 2018 seront reprises automatiquement par l'assurance maladie pour l'année 2019.

En l'absence de modification intervenue dans l'équipement, ces informations seront retenues pour la validation de l'atteinte des résultats sur le forfait structure.

- en l'absence de donnée pour l'année 2018 sur cet indicateur, le médecin devra impérativement déclarer sur ameli-pro, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait structure, les différents éléments qui composent son équipement, à partir des éléments proposés dans les listes déroulantes disponibles dans la rubrique permettant la saisie de ces indicateurs.

1 Logiciel métier avec LAP certifié DMP compatible En savoir +

Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS et compatible Dossier Médical Partagé (DMP)

Merci de renseigner vos logiciels en cliquant sur **RENSEIGNER**

N.B. : il peut s'agir du même logiciel pour les trois indicateurs.

Votre logiciel métier :

HELLODOC - 5.60 NEW - IMAGINE EDITIONS **RENSEIGNER**

✓ Pièce justificative validée par la CPAM

Votre logiciel d'aide à la prescription :

HELLODOC - 5.60 NEW - IMAGINE EDITIONS **RENSEIGNER**

✓ Pièce justificative validée par la CPAM

Votre logiciel compatible DMP :

HELLODOC - 5.60 NEW - IMAGINE EDITIONS **RENSEIGNER**

✓ Pièce justificative validée par la CPAM

Logiciels d'aide à la prescription certifié HAS (LAP)

Nom du logiciel	Base de données sur les médicaments	Éditeur	Date de certification
Medicinet 14.0.0	Vidal	Compugroup Medical Solution	03/07/2014
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur
Valeur	Valeur	Valeur	Valeur



Concernant la notion de « compatibilité avec l'usage du DMP » :

- si au cours de l'année considérée, le médecin a réalisé une action d'ouverture, de consultation ou d'alimentation d'un DMP d'un patient à partir de son logiciel ou via un connecteur, le sous-indicateur relatif à son logiciel compatible DMP sera automatiquement alimenté à partir des traces issues du système d'information du DMP.
Un premier chargement des données disponibles issues du SI DMP sera effectué avant l'ouverture de la saisie des indicateurs sur amelipro.
- en l'absence d'interaction par le médecin sur un DMP au cours de l'année 2019 via son logiciel ou un connecteur, le médecin devra déclarer sur amelipro, lors de la phase de déclaration des indicateurs déclaratifs, les éléments concernant son équipement de nature à indiquer sa compatibilité avec le DMP, à partir d'une liste déroulante mise à jour sur amelipro et disponible en cliquant, directement dans la rubrique permettant la saisie de ces indicateurs (cf image écran ci-dessus).

Cet indicateur ne fait l'objet d'aucune proratisation en fonction d'une éventuelle date d'acquisition de l'équipement. Le médecin équipé au 31/12/2019 d'un logiciel compatible DMP ou d'un connecteur valide l'indicateur quelle que soit la date d'acquisition ou de certification de son équipement.

Important :

Pour valider l'indicateur, le médecin doit disposer d'un logiciel métier compatible DMP ou avoir recours à un connecteur associé.

L'utilisation du « Web DMP » ne permet pas de valider l'indicateur « compatibilité avec le DMP ».

- Dérogation à l'exigence de disposer d'un LAP certifié par la HAS

Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciel.

Pour 2019, la liste des spécialités exonérées de l'exigence de LAP est identique à celle retenue les années précédentes et présentée en annexe 1.

Ces médecins bénéficiant d'une dérogation sur cette partie de l'indicateur ne font l'objet d'aucune pénalisation pour la validation du sous-indicateur portant sur le LAP, en sachant que ceux-ci doivent répondre, en tout état de cause, aux autres exigences de l'indicateur telles que celles portant sur le logiciel métier et la compatibilité avec le DMP, pour valider l'intégralité de l'indicateur.



c. Justificatifs requis

- Si le médecin a bénéficié du pré-remplissage de son indicateur à partir des systèmes d'information de l'Assurance maladie (données issues du système d'information du DMP), aucun justificatif complémentaire ne doit être produit par le médecin lors de la phase annuelle de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Le médecin devra simplement vérifier les informations pré-renseignées dans l'espace dédié d'amelipro au moment de la saisie des indicateurs et procéder, le cas échéant, aux corrections nécessaires et à la fourniture de pièces justificatives permettant de prendre en compte les modifications apportées.

- En l'absence de pré-alimentation de l'indicateur à partir des systèmes d'information de l'Assurance maladie, et après avoir procédé à sa déclaration manuelle via amelipro des informations relatives à son équipement informatique, le médecin transmet obligatoirement à sa caisse de rattachement, les pièces justifiant de l'acquisition de l'équipement déclaré sur le logiciel métier, du LAP et de la compatibilité de son logiciel avec le DMP.

Les justificatifs présentés par le médecin doivent permettre d'identifier : l'éditeur du logiciel, le nom du logiciel, la date de son acquisition et de sa certification par la HAS.

Les justificatifs d'achat (factures ou bons de commande émis) ou attestation de l'éditeur sont recevables.

Concernant la compatibilité avec le DMP, le justificatif devra :

- indiquer la mention DMP Compatible ;
- indiquer le cas échéant, la mention du recours à un autre éditeur pour assurer cette compatibilité (ex connecteur) ;
- préciser si le praticien a souscrit à un pack complémentaire spécifique.

A noter que les éditeurs de logiciels ont été informés et doivent transmettre aux médecins équipés les informations permettant de déclarer la compatibilité de leur logiciel à l'usage du DMP.

En cas de déclaration manuelle effectuée par le médecin sur amelipro, l'indicateur n'est validé in fine que sous réserve de la transmission effective des justificatifs par le médecin à sa caisse de rattachement.

d. Fréquence de la fourniture des justificatifs aux caisses par les médecins

Des justificatifs sont requis dans les cas suivants :

- **Première année de saisie des indicateurs par le médecin**
- **Changement d'éditeur de logiciel (envoi de nouveaux justificatifs)**



En cas de changement d'éditeur, le médecin devra fournir de nouveaux justificatifs. En l'absence de ces justificatifs l'indicateur ne sera pas validé.

Si le professionnel a déjà fourni des justificatifs permettant de justifier de la validation de l'indicateur, ces documents sont valables pour toute la durée de la convention. Il n'est pas nécessaire de les renvoyer chaque année.

Dans ce cas, sur amelipro la mention « *pièce justificative validée par la CPAM* » s'affiche sous l'indicateur.

2. Utiliser une messagerie sécurisée de santé

a. Description de l'indicateur

Le médecin doit utiliser une messagerie sécurisée de santé qui réponde aux exigences de l'espace de confiance MSSanté. Ces messageries permettent aux professionnels de santé d'échanger entre eux par mail, rapidement et en toute sécurité, des données personnelles de santé de leurs patients, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Pour bénéficier de cet indicateur le médecin doit disposer au 31/12/2019 d'une Boîte aux lettres (BAL) électronique proposée par l'un des opérateurs de messageries sécurisées de santé. Cette boîte aux lettres peut être :

- Soit personnelle, c'est-à-dire attitrée à un seul médecin,
- Soit organisationnelle, c'est-à-dire qu'elle peut être partagée entre plusieurs utilisateurs habilités.

A compter de 2019, l'utilisation d'apicrypt V2 est prise en compte pour valider l'indicateur (cf ci-dessous).

b. Justificatifs requis

L'existence d'une messagerie sécurisée de santé durant l'année est tracée à travers les données issues de l'annuaire national MSSanté permettant le pré remplissage automatique de l'indicateur.

En revanche, les médecins pour lesquels aucune utilisation de messagerie de santé n'a été détectée durant l'année de référence (et par conséquent ne bénéficiant d'aucun pré-remplissage automatique de l'indicateur déclaratif) mais qui disposent d'une messagerie sécurisée de santé, doivent la déclarer sur amelipro, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Pour simplifier la procédure de récupération des justificatifs, le médecin doit dans ce cas attester sur l'honneur disposer d'une messagerie sécurisée de santé en cochant la case correspondante sur l'écran de saisie sur amelipro.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.



Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (SAI) certifié par la HAS et compatible Dossier Médical Partagé (DMP)

Merci de renseigner vos logiciels en cliquant sur (réf) NO : il peut s'agir du même logiciel pour les trois indicateurs.

Votre logiciel métier :

GALIEN - 3.00 - ACTE INFORMATIQUE

RENSIGNER

✓ Pièce justificative validée par la CPAM

Votre logiciel d'aide à la prescription :

NOVA - 1.9.0 - SANTEOS

RENSIGNER

✓ Pièce justificative validée par la CPAM

Votre logiciel DMP compatible :

à renseigner

RENSIGNER

2 Type de messagerie sécurisée de santé

En savoir +

3 Affichage des horaires sur annuaire santé

En savoir +

Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire de santé

☐ OUI ☒ NON

☒ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la ROSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester

TRANSMETTRE

c. Cas particuliers :

- Pour les utilisateurs de boîtes organisationnelles

Les boîtes aux lettres organisationnelles présentes dans l'annuaire national MSSanté ne permettent pas d'identifier tous les professionnels utilisateurs de cette messagerie partagée. Par conséquent, aucun pré-remplissage automatique de l'indicateur ne sera possible pour les utilisateurs de ces messageries organisationnelles.

Aussi pour l'année 2019, les médecins qui ont recours à ce type de messagerie, doivent en faire la déclaration sur amelipro et l'attester sur l'honneur en cochant la case correspondante sur l'écran de saisie sur amelipro selon la modalité ci-dessus.

- Pour les utilisateurs d'apicrypt

Apicem a annoncé courant 2018 que la deuxième version de son outil de messagerie Apicrypt a rejoint l'espace de confiance MSSanté (messageries sécurisées de santé) promu par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé).

Pour 2019 :

- La version 2 d'Apicrypt est prise en compte pour l'appréciation de l'atteinte de l'indicateur du forfait structure.

A noter que lors de l'installation de la version 2 d'Apicrypt, le médecin doit cocher « l'interopérabilité avec l'Espace de Confiance » pour être intégré dans l'annuaire.

- Reconduction exceptionnelle de la prise en compte d'apicrypt V1.



A titre exceptionnel pour 2019, pour tenir compte des délais de migration vers la version 2, l'utilisation de la version 1 d'Apicrypt est prise en compte pour valider l'indicateur

Les utilisateurs d'Apicrypt V1 qui ont déjà déclaré l'utilisation de cette messagerie en 2018 n'auront pas à saisir de nouveau cet indicateur.

3. Disposer d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant 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

a. Description de l'indicateur

Le médecin doit disposer au 31/12/2019 d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale intégrant les avenants publiés au 31 décembre de l'année N-1.

L'objectif de cet indicateur est que le médecin dispose d'un outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles qui fiabilisent la facturation et simplifient ses échanges avec l'assurance maladie.

Pour l'année 2019, les médecins doivent être équipés :

- **De la version du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 addendum 6 ou supérieure** (précédemment la version 1.40 2bis était exigée)

ET

- **des avenants au cahier des charges suivants** (les mêmes qu'en 2018), soit:
 - o **L'avenant Tiers Payant ACS**
 - o **L'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE**

Pour valider l'indicateur les médecins doivent ainsi être à la fois être équipé de la version du cahier des charges 1.40 add6 mais également d'une version équipée des avenants TP ACS Et TP ALD-Maternité et avoir procédé à une facturation conforme au plus tard le 31/12/2019.

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'assurance maladie à partir des flux de facturation émis par le professionnel **au plus tard au 31/12/2019**. Aucune transmission de justificatif n'est par conséquent requise.



4. **Taux de télétransmission $\geq$ à 2/3**

a. Description de l'indicateur

Le médecin doit atteindre un taux de télétransmission en feuilles 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 sur l'année 2019.

Pour le calcul du taux de télétransmission et conformément à l'article 1.4 de l'annexe 12 de la convention médicale signée le 25 août 2016, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État, et l'ensemble des bénéficiaires avec un NIR provisoire pour immatriculation temporaire,
- 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 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.
- 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).

A noter : Si la première FSE est réalisée au cours du mois de décembre 2019, le décompte du taux de FSE ne pourra être effectué que l'année suivante et l'indicateur ne sera pas validé pour l'année 2019.

Le calcul de l'indicateur effectué à partir du SNIIRAM repose sur :

- Le nombre de factures télétransmises correspond au dénombrement des factures télétransmises 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 de factures réalisées correspond au dénombrement des factures, au format électronique et papier, transmises par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

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

Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre de factures télétransmises rapporté au nombre total de factures réalisées est $\geq 2/3$.



b. Justificatifs requis

Cet indicateur est calculé automatiquement par l'assurance maladie et ne nécessite aucun justificatif.

5. Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé

a. Description de l'indicateur

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

b. Modalités de déclaration

Trois possibilités pour déclarer ses horaires :

- renseigner les horaires **au plus tard le 31/12 /2019** à partir d'ameli pro dans la rubrique *Activités>Pratiques>Horaires de cabinet* afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » directement dans la saisie des indicateurs du forfait structure volet 1, accessible à partir de la rubrique *Activités>Pratiques>* en période de saisie
- c. demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le Back Office **au plus tard le 31/01/2020**

Aucun justificatif n'est requis



Maladie Espace pro

Activités ▾ Commandes ▾ Gestion du compte ▾ Boîte à info ▾ Échanges ▾

Activités

PAIEMENTS

- Nouveau ! Mes paiements
- Tiers payant : recherche par date de paiements
- Tiers payant : recherche par date d'actes
- Relevés mensuels de paiements
- Rémunération spécifique médecin traitant ALD
- Gardes et astreintes
- Indus
- Relevés d'honoraires

PRATIQUE

- ROSP
- Patientèle médecin traitant
- Horaires de cabinet**
- Référentiels et Mémos
- Relevé individuel d'activité et de prescriptions
- Pgarde
- Convention 2016
- Base de données publique des médicaments

Services patient

CPS

Services accessibles uniquement par carte CPS

Grâce à la carte CPS, vous pouvez disposer des services suivants :

- Avis d'arrêt de travail 5 clics,
- Certificat Médical AT/MP,
- ALD / Protocoles de soins du patient,
- Protocoles de soins,
- Demande d'Accord Préalable Médicaments,
- Historique des remboursements,
- Déclaration de choix de médecin traitant,
- Prescription de transport,
- Déclaration simplifiée de grossesse,
- Programme sophia.

Si vous souhaitez adhérer cliquez ici

Autres services

BESOIN D'ASSISTANCE ?
Contactez le 0811 709 710

Identification Patient

Pour accéder au dossier administratif du patient, saisissez son NIR :

Valider

Vous n'aurez pas accès à ses données médicales. Vous devez vous connecter à Espace pro avec votre carte CPS et disposer de la carte Vitale du patient.

OPTAM et OPTAM CO concernent les seuls médecins libéraux ayant le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires.

CONVENTION MÉDECIN OPTAM ou OPTAM CO
Votre fiche tarifaire.

COMPTE ESPACE PRO BLOQUÉ ?
Comment le...



Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2019	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatifs
Volet 2 (rémunération uniquement si les indicateurs du volet 1 sont atteints ; chaque indicateur du volet 2 est indépendant des autres)	Indicateur 1 : Dématérialisation des téléservices	90	630€	Automatisé	
	Indicateur 2 : Capacité à coder les données médicales	50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 3 : Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	60	420€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 4 : Amélioration du service offert aux patients	130	910€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 5 : Valorisation de la fonction de maitre de stage	50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 6 (nouveau) : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéo transmission sécurisée.	50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 7 (nouveau): valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés	25	175€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL		455 points	3 185€		



II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui à la prise en charge des patients dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs. Ce volet est affecté de 455 points pour 2019 répartis entre les indicateurs qui le composent (contre 230 points en 2018).

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.**

1. 1^{er} indicateur : Taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération au titre de cet indicateur, le médecin doit atteindre au 31/12/2019 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 (CM ATMP).

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur et tenir compte de la nécessaire montée en charge pour permettre son respect, les objectifs des taux de dématérialisation requis sont fixés par paliers annuels.

Le taux de dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé pour chacun des 4 téléservices selon les modalités suivantes :

	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%
DCMT	77%	80%	85%	90%



Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées de façon dématérialisée (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier et dématérialisées (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Le taux de dématérialisation est calculé comme suit :

- **Taux de DCMT dématérialisées :**

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

- **Taux de PSE :**

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

- **Taux d'AAT dématérialisées :**

Taux = Nombre d'AAT dématérialisées / nombre total des AAT (papier et dématérialisées)

- **Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :**

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

Tous les items de cet indicateur sont indépendants les uns des autres et chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur. Il n'est pas nécessaire d'atteindre les taux fixés pour chacun des 4 téléservices pour bénéficier des points. L'atteinte du taux de dématérialisation d'un seul téléservice permet de déclencher la rémunération correspondante.

Cet indicateur est affecté au total de 90 points à partir de 2019.

b. Justificatifs requis :

Ces indicateurs sont calculés et alimentés automatiquement. Aucun justificatif n'est requis de la part du médecin.

2. 2^{ème} indicateur : Capacité à coder des données médicales

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales qu'il élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins au plus tard le 31/12 de l'année de référence.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer chaque année sur ameli-pro sa capacité à coder des données médicales.



b. Justificatifs requis :

Cet indicateur est affecté de 50 points à partir de 2019.

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur remplir les conditions permettant de valider cet indicateur en cochant la case correspondante sur amelipro.

Etape 1 : Le PS renseigne les informations relatives à chaque indicateur à l'identique de l'année précédente :

Volet 2 : indicateur 1 ✓ Capacité à coder les données médicales
indicateur 2 ✓ Prise en charge coordonnée
indicateur 3 ✓ Amélioration des services offerts aux patients
indicateur 4 ✓ Encadrement des étudiants en médecine

Nb : les indicateurs nécessitant PJ sont les indicateurs 2,3 et 4

Etape 2 : Le PS coche la case ☐ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la RSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.
Nb : Tant que le PS n'a pas coché cette case, il ne peut pas transmettre ses indicateurs déclaratifs. Le bouton « TRANSMETTRE » reste grisé et au survol, un message lui indique qu'il doit cocher la case correspondante

Pour chaque indicateur le bouton « en savoir + » ouvre une pop-up grâce à laquelle le PS peut prendre connaissance des pièces justificatives qu'il doit tenir à disposition de l'AM pour un éventuel contrôle a posteriori

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

3. 3^{ème} indicateur : Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné.



La participation du médecin à l'un des dispositifs suivants valide l'indicateur :

- une maison de santé pluri-professionnelle (MSP),
- une équipe de soins primaires (ESP) telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique,
- une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique,
- au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an,
- un réseau local ou réseau de soins,
- des actions de coordination d'une HAD ou d'un EHPAD dans le cadre d'une activité libérale,
- le dispositif ASALEE (si pas déclaré pour l'indicateur « amélioration des services offerts aux patients »),
- ou tout autre dispositif de démarche coordonnée répondant aux objectifs de l'indicateur.

La participation à un groupe qualité (échange d'un groupe de médecins sur leurs pratiques), à un projet PAERPA ou au PRADO, ne permettent pas de valider cet indicateur qui vise à valoriser les échanges pluri-professionnels.

b. Justificatifs requis

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro) participer à l'un des dispositifs de démarche coordonnée permettant de valider cet indicateur.

MA DÉCLARATION

DÉCLARER MES INDICATEURS
Mes indicateurs déclaratifs pour 2018

La période de saisie est ouverte jusqu'au 29/12/2018

RSP CLINIQUE
Indicateurs déclaratifs : 4/7

FORFAIT STRUCTURE VOLET 1
Indicateurs déclaratifs : 3/5

FORFAIT STRUCTURE VOLET 2
Indicateurs déclaratifs : 4/6

1 Capacité à coder les données médicales
Capacité à coder certaines données pour produire ou alimenter des registres de patients

2 Prise en charge coordonnée
Valoriser la démarche de prise en charge coordonnée participation à une équipe de soins primaires (ESP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à des réunions de concertation pluridisciplinaire (au moins 4 par an)

3 Amélioration des services offerts aux patients
Amélioration des services offerts aux patients prise en charge de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des patients complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale, ...

4 Encadrement des étudiants en médecine
Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

☐ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la RSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester

TRANSMETTRE

Etape 1 : le PS renseigne les informations relatives à chaque indicateur à l'identique de l'année précédente :

Volet 2 : indicateur 1 ✓ Capacité à coder les données médicales
indicateur 2 ✓ Prise en charge coordonnée
indicateur 3 ✓ Amélioration des services offerts aux patients
indicateur 4 ✓ Encadrement des étudiants en médecine
Nb : les indicateurs nécessitant PJ sont les indicateurs 2,3 et 4

Etape 2 : Le PS coche la case ☐ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la RSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.
Nb : Tant que le PS n'a pas coché cette case, il ne peut pas transmettre ses indicateurs déclaratifs. Le bouton « TRANSMETTRE » reste grisé et au survol, un message lui indique qu'il doit cocher la case correspondante

Cet indicateur vise à valoriser les médecins impliqués dans l'encadrement de jeunes étudiants en médecine exerçant la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, vous devrez déclarer chaque année si vous avez exercé la fonction de maître de stage en accueillant des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine, puis transmettre à votre caisse de rattachement une copie de la convention de stage ou une copie de l'attestation/certificat de stage précisant à minima :

- nom, prénom, fonctions du maître de stage
- nom, prénom, cursus et niveau d'enseignement supérieur du stagiaire encadré
- nom de l'établissement d'enseignement supérieur
- nom et adresse de la structure d'accueil
- date et durée du stage.

Pour chaque indicateur le bouton « en savoir + » ouvre une pop-up grâce à laquelle le PS peut prendre connaissance des pièces justificatives qu'il doit tenir à disposition de l'AM pour un éventuel contrôle a posteriori



Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à mis à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle a posteriori.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

c. Fréquence de la mise à disposition des justificatifs

Pour bénéficier de la rémunération au titre de cet indicateur, le médecin doit déclarer chaque année sur amelipro son implication, durant l'année de référence, dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients.

Cet indicateur est affecté de 60 points pour 2019.

4. 4^{ème} indicateur : Amélioration du service offert aux patients

a. Description de l'indicateur

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur le médecin doit attester d'un investissement pour de nouveaux services aux patients. Ces services sont proposés **dans le cadre de la prise en charge de parcours complexes de patients.**

Il peut s'agir du recours à :

- une ressource interne au sein du cabinet ou externe dédiée à la coordination et à la prise de rendez-vous auprès des médecins correspondants pour ses patients (fonction identifiée sur les fiches de poste des personnes concernées)
- une structure d'appui externe pour l'accompagnement des patients aux parcours complexes (plateforme territoriale d'appui etc) :
- dispositif MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer)
- dispositif PFIDASS
- à un centre local d'information et de coordination (CLIC)
- au dispositif ASALEE (si pas déclaré pour l'indicateur « prise en charge coordonnée »)
- tout autre dispositif dont l'objectif est de fournir de nouveaux services aux patients pour la prise en charge des parcours de soins complexes.

Le recours à des opérateurs ou plateformes, type Doctolib ou Mon Docteur ne permet pas de valider cet indicateur.

b. Justificatifs requis

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro) avoir recours à l'un des dispositifs validant l'indicateur.



MA DÉCLARATION

DÉCLARER MES INDICATEURS
Mes indicateurs déclaratifs pour 2019

La période de saisie est ouverte jusqu'au 29/12/2018

ROSP CLINIQUE
Indicateurs affectés : 5/7

FORFAIT STRUCTURE VOLET 1
Indicateurs affectés : 3/3

FORFAIT STRUCTURE VOLET 2
Indicateurs affectés : 5/5

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des catènes médicales ou en recourant à des services extérieurs. Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres. Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'absence de l'insignifiance des indicateurs du premier volet.

1 Capacité à coder les données médicales
Capacité à coder certaines données pour produire ou alimenter des registres de patients. ☒ OUI ☐ NON

2 Valoriser la démarche de prise en charge coordonnée
Valoriser la démarche de prise en charge coordonnée : participation à une équipe de soins primaires (ESP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à des réunions de concertation pluridisciplinaire (au moins 4 par an). ☐ OUI ☒ NON

3 Amélioration des services offerts aux patients
Amélioration des services offerts aux patients (prise en charge de rendez-vous avec la médecine correspondante, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale, ...). ☐ OUI ☒ NON

4 Encadrement des étudiants en médecine
Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine. ☐ OUI ☒ NON

☐ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la RSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.

TRANSMETTRE

Etape 1 : Le PS renseigne les informations relatives à chaque indicateur à l'identique de l'année précédente :

Volet 2 : indicateur 1 ✓ Capacité à coder les données médicales
indicateur 2 ✓ Prise en charge coordonnée
indicateur 3 ✓ Amélioration des services offerts aux patients
indicateur 4 ✓ Encadrement des étudiants en médecine

Nb : les indicateurs nécessitant PJ sont les indicateurs 2,3 et 4

Etape 2 : Le PS coche la case ☐ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la RSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.
Nb : Tant que le PS n'a pas coché cette case, il ne peut pas transmettre ses indicateurs déclaratifs. Le bouton « TRANSMETTRE » reste grisé et au survol, un message lui indique qu'il doit cocher la case correspondante

ENCADREMENT DES JEUNES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Cet indicateur vise à valoriser les médecins impliqués dans l'encadrement de jeunes étudiants en médecine exerçant la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatorio de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, vous devez déclarer chaque année si vous avez exercé la fonction de maître de stage en accueillant des internes en médecine réalisant un stage ambulatorio de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine, puis transmettre à votre caisse de rattachement une copie de la convention de stage ou une copie de l'attestation d'identification de stage précisant à minima :

- nom, prénom, fonctions du maître de stage
- nom, prénom, cursus et niveau d'enseignement supérieur du stagiaire encadré
- nom de l'établissement d'enseignement supérieur
- nom et adresse de la structure d'accueil
- date et durée du stage.

FERMER

Pour chaque indicateur le bouton « en savoir + » ouvre une pop-up grâce à laquelle le PS peut prendre connaissance des pièces justificatives qu'il doit tenir à disposition de l'AM pour un éventuel contrôle a posteriori

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à mis à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle a posteriori.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année son investissement en termes d'amélioration du service offert aux patients.

Cet indicateur est affecté de 130 points pour 2019.

5. 5^{ème} indicateur : Encadrement des jeunes étudiants en médecine

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur vise à valoriser les médecins impliqués dans l'encadrement de jeunes étudiants en médecine.

Prévu 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 ambulatorio de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.



b. Justificatifs requis

Afin de simplifier l'envoi des justificatifs par les médecins et leur recueil par les caisses, il est désormais demandé aux médecins d'attester sur l'honneur qu'ils remplissent les conditions permettant de valider cet indicateur en cochant la case correspondante sur amelipro.

Etape 1 : le PS renseigne les informations relatives à chaque indicateur à l'identique de l'année précédente :

Volet 2 : indicateur 1 ✓ Capacité à coder les données médicales
 indicateur 2 ✓ Prise en charge coordonnée
 indicateur 3 ✓ Amélioration des services offerts aux patients
 indicateur 4 ✓ Encadrement des étudiants en médecine

Nb : les indicateurs nécessitant PJ sont les indicateurs 2,3 et 4

Etape 2 : Le PS coche la case ☐ Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour recevoir la RSP et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester. Nb : Tant que le PS n'a pas coché cette case, il ne peut pas transmettre ses indicateurs déclaratifs. Le bouton « TRANSMETTRE » reste grisé et au survol, un message lui indique qu'il doit cocher la case correspondante

Pour chaque indicateur le bouton « en savoir + » ouvre une pop-up grâce à laquelle le PS peut prendre connaissance des pièces justificatives qu'il doit tenir à disposition de l'AM pour un éventuel contrôle a posteriori

Un récapitulatif de l'ensemble des indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur est à mis à disposition du médecin sur amelipro à l'issue de la saisie et doit être conservé par le médecin comme justificatif en cas de contrôle.

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori, notamment la liste des étudiants accueillis et les dates des stages.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année accueillir un étudiant en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Cet indicateur est affecté de 50 points à partir de 2019.

IMPORTANT 2019 : 2 NOUVEAUX INDICATEURS DU VOLET 2

6. 6^{ème} indicateur : Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur mis en œuvre à compter de l'année 2019 est affecté de 50 points 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 télé médecine, etc.

b. Justificatifs requis

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur amelipro chaque année être équipé d'une solution complète de vidéo transmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation ou avoir souscrit un abonnement à une solution de télé médecine (via des opérateurs offrant une solution technique complète). L'équipement doit permettre la vidéo transmission et la transmission d'informations sécurisées.

Les solutions grand public de communication interpersonnelles gratuites (type Skype, Face Time Whats app) ne constituent pas à elles seules une solution de vidéo transmission sécurisée au sens de cet indicateur et ne peuvent donner lieu à valorisation à ce titre.

Afin de simplifier les démarches des médecins, il n'est pas nécessaire d'adresser de justificatifs à la caisse. Le médecin qui dispose dans l'année d'un équipement conforme à l'objet de l'indicateur doit l'attester sur l'honneur (en cochant la case sur amelipro).

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

Cet indicateur est affecté de 50 points à partir de 2019.

7. 7^{ème} indicateur : Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 25 points pour l'aide à l'acquisition d'équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télé médecine. La liste de ces équipements est établie sur avis de la Commission Paritaire Nationale et peut être modifiée chaque année.

La téléconsultation s'effectue par vidéo transmission sécurisée. Au cours de celle-ci, l'usage d'équipements connectés spécifiques permettant de transmettre des informations à distance (constantes, mesures biologiques, images...) concourant à l'observation et à l'analyse de la situation médicale du patient.

Pour 2019, sur avis de la Commission Paritaire Nationale (CPN) des médecins libéraux du 5 décembre 2018, la liste des équipements connectés dont l'acquisition permet de valider l'indicateur est la suivante :

- Oxymètre connecté,
- Stéthoscope connecté,
- Dermatoscope connecté,
- Otoscope connecté,
- Glucomètre connecté,



- ECG connecté,
- Sonde doppler connectée,
- Echographe connecté,
- Mesure pression artérielle connectée,
- Caméra (utile pour regarder l'état de la peau par exemple) connectée,
- Outils de tests visuels, audiogramme connectés,
- Matériel d'exploration fonctionnelle respiratoire dont le spiromètre et le tympanomètre connectés.

Equipements non retenus :

- Applications sans finalité médicale
- Des équipements très simples tels que les balances, toises ou thermomètres

b. Justificatifs requis

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur ameli pro chaque année s'il a acquis au moins un matériel connecté de la liste ci-dessus nécessaire à la réalisation de la téléconsultation.

Afin de simplifier les démarches des médecins, il n'est pas nécessaire d'adresser de justificatifs à la caisse. Le médecin qui a acquis un équipement de la liste dans l'année doit l'attester sur l'honneur (en cochant la case sur ameli pro).

Le médecin s'engage également à tenir à disposition de l'Assurance maladie les justificatifs correspondants à présenter en cas de contrôles a posteriori.

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

III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins

Pour valider les indicateurs déclaratifs du forfait structure et bénéficier d'une rémunération à ce titre, le médecin doit procéder chaque année à la déclaration en ligne sur ameli pro des données et éléments de nature à valider les indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Pour les indicateurs de l'année 2019, les dates prévisionnelles de la saisie des indicateurs déclaratifs pour les médecins seront précisées ultérieurement.

Sur ameli pro, la saisie des indicateurs est réalisée dans l'espace « ma convention » accessible via l'onglet « Indicateurs Convention médicale (ROSP) » de la rubrique « Activités ».

A titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'ameli pro pour effectuer sa déclaration d'indicateurs, une déclaration sur support papier peut être effectuée auprès



de sa caisse d'Assurance Maladie de rattachement à l'aide des formulaires disponibles auprès de la caisse ou sur ameli.fr.

Récapitulatif des indicateurs déclaratifs devant faire l'objet d'une déclaration sur ameli.pro

Volet 1	Utilisation d'un logiciel métier avec LAP certifié et compatible DMP
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé
	Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé
Volet 2	Capacité à coder des données médicales
	Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée
	Services offerts aux patients
	Encadrement d'étudiants en médecine
	Nouveau -Aide à l'équipement pour vidéoconsultation sécurisée (télémédecine)
	Nouveau-Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés (télémédecine)

IV. Calcul de la rémunération

Le calcul de la rémunération est annuel et est effectué par l'Assurance Maladie dans le courant du 1^{er} semestre de l'année N+1 pour une rémunération au titre de l'année N.

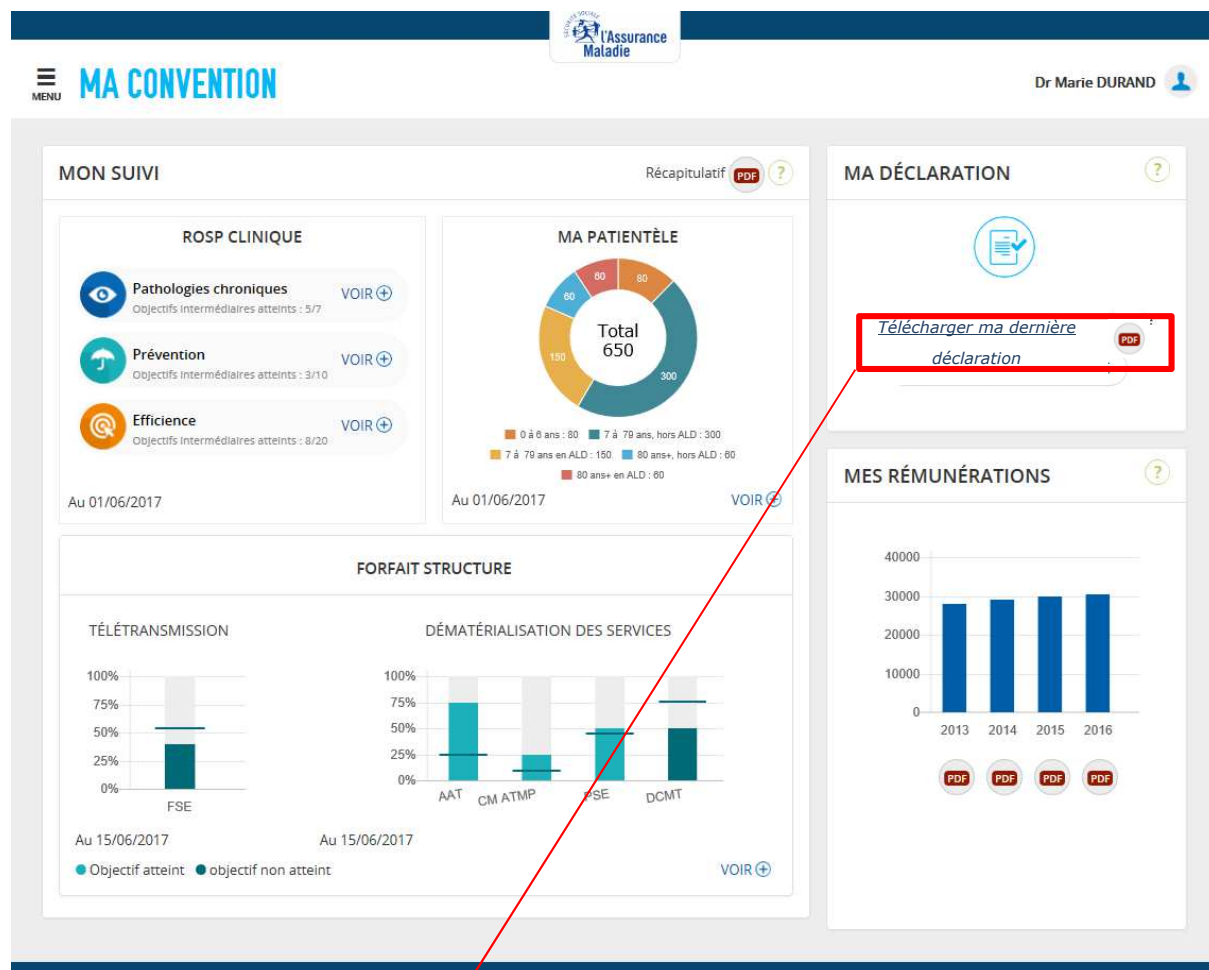
Chaque indicateur est affecté d'un nombre de points selon l'atteinte de l'objectif par le professionnel. L'atteinte des indicateurs du volet 1 est un pré-requis au déclenchement de la rémunération. Le nombre de points est consolidé puis est multiplié par la valeur du point fixée à 7 €, pour obtenir le montant de la rémunération annuelle.

La vérification de l'atteinte des indicateurs du forfait structure est appréciée au 31/12/2019. Par conséquent, les indicateurs du forfait ne font l'objet d'aucune proratisation en cas de cessation d'activité en cours d'année.

V. Vérifications



A la fin de la saisie des indicateurs déclaratifs, le médecin pourra disposer d'un document au format pdf récapitulant l'ensemble des éléments déclarés. Il devra conserver ce document ainsi que les pièces justificatives afférentes.



[Télécharger ma dernière déclaration](#)

En effet, les services de l'Assurance maladie seront amenés à procéder à des contrôles a posteriori auprès de médecins concernant la validation des indicateurs du forfait structure, notamment les indicateurs déclaratifs ayant fait l'objet d'une attestation sur l'honneur.

Pour toute question vous pouvez contacter vos interlocuteurs habituels de votre caisse d'Assurance maladie.



Annexe 1 : Liste des spécialités exonérées de LAP pour 2019

- Spécialités médicales, médico-chirurgicales, chirurgicales pour lesquelles une dérogation au respect du sous-indicateur « LAP » est retenue pour 2019 :

Spécialités médico-chirurgicales
Anesthésie-réanimation chirurgicale
Chirurgie générale
Radiodiagnostic et imagerie médicale
Neurochirurgie
Ophtalmologie
Chirurgie urologique
Stomatologie
Réanimation médicale
Néphrologie
Anatomo-cyto-pathologie
Biologie médicale
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie infantile
Chirurgie maxillo-faciale
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie plastique reconstructive et esthétique.
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Chirurgie vasculaire
Chirurgie viscérale et digestive
Médecine bucco-dentaire
Chirurgie orale (médecins)
Hématologie
Médecine nucléaire
Oncologie médicale
Oncologie radiothérapie
Radiothérapie
Médecine génétique