l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Caisse nationale

GUIDE METHODOLOGIQUE

FORFAIT STRUCTURE 2024

REFERENCE : ANNEXE 9 DE LA CONVENTION MEDICALE

Sommaire

Présentation du forfait structure 3
I. Volet 1 - Valoriser l'investissement dans les outils 3
II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients 11
III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins 21
IV. Calcul de la rémunération 23
V. Vérifications 24

Présentation du forfait structure

Le forfait structure 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.

Conformément à l'article. 28-2 et à l'annexe 9 de la convention médicale, le forfait structure introduit dans la précédente convention continue à s'appliquer, pour l'année 2024.

L'objectif de ce forfait est d'apporter un soutien financier aux médecins qui se dotent de moyens pour 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 :

Le premier volet – volet 1 ou volet « prérequis » - est constitué de 4 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.

Ce forfait structure consiste en une rémunération forfaitaire annuelle calculée sur la base d'un système de points.

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 2024.

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 2024	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)*	Indicateurs 1 : Disposer d'un logiciel référencé Ségur avec LAP certifié par la HAS (intégration d'une messagerie sécurisée de santé)			Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation de l'éditeur la 1ère année ou si modification
	Indicateur 2 : 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 3 : Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Affichage sur le site Annuaire Santé AMELI.FR des horaires d'ouverture du cabinet			Déclaratif avec pré-alimentation	Pas de justificatif demandé
	TOTAL	**280 points**	**1 960 €**		

1. Disposer d'un logiciel référencé Ségur avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS

a. Description de l'indicateur :

Les médecins doivent être équipés au 31 décembre 2024 d'un logiciel référencé Ségur (https://industriels.esante.gouv.fr/segur-du-numerique-en-sante/segur-vague-1/solutions-referencees-segur), et d'un LAP certifié HAS.

cf la liste disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_672760/fr/les-logiciels-d-aide-a-la-prescription-lap-en-medecine-ambulatoire-certifies

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 et des données disponibles notamment dans le cadre des acquisitions de logiciels référencés Ségur effectués dans le cadre du dispositif SONS (Le dispositif Système Ouvert et Non Sélectif- vague 1 du programme Ségur médecine de ville). Le sous indicateur LAP certifié HAS ne sera pas renseigné.

En l'absence de donnée sur cet indicateur, le médecin devra impérativement déclarer sur Amelipro, pendant la campagne de saisie des indicateurs déclaratifs, les différents éléments qui composent son équipement, à partir des éléments proposés dans les listes déroulantes

- 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 2024, la liste des spécialités exonérées de l'exigence de LAP est identique à celle retenue les années précédentes, et est 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, aux autres exigences de l'indicateur telles que celle portant sur le fait d'être équipé d'un logiciel métier référencé Ségur, pour valider l'intégralité de l'indicateur.

c. Justificatifs requis

- Si le médecin a bénéficié du pré-remplissage de son indicateur à partir des données disponibles notamment dans le cadre des acquisitions de logiciels référencés Ségur effectués avec le dispositif SONS (Le dispositif Système Ouvert et Non Sélectif- vague 1 du programme Ségur médecine de ville), seul le justificatif concernant l'acquisition du logiciel d'aide à la prescription certifié HAS doit être fourni.

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, et après avoir procédé à sa déclaration via Amelipro, le médecin transmet obligatoirement à sa caisse de rattachement, les pièces justifiant de l'acquisition de l'équipement logiciel référencé SEGUR et du logiciel d'aide à la prescription certifié HAS.
    - 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 (y compris certification provisoire). Pour le cas où le LAP n'est pas certifié sur la base du dernier référentiel en vigueur ou si le LAP a obtenu uniquement une certification provisoire , un justificatif doit être produit attestant que l'éditeur de logiciel a initié une démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 janvier 2025.

Les justificatifs d'achat (factures ou bons de commande émis) ou attestation nominative de l'éditeur sont recevables (Voir Annexe 2 pour un modèle d'attestation éditeur).

A noter que les éditeurs de logiciels ont été informés et doivent transmettre aux médecins équipés une attestation nominative ou une facture permettant de déclarer le référencement Ségur.

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

NB : les praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital ou dans une clinique qui utilisent le dossier patient informatisé (DPI) de l'établissement peuvent également déclarer cet indicateur. Les données ne pourront pas être préremplies. Il est nécessaire dans ce cas d'identifier dans la liste déroulante mise à disposition sur Amelipro le logiciel référencé Ségur de l'établissement de santé (DPI) et produire un justificatif fourni par l'établissement mentionnant les coordonnées du médecin et attestant de l'utilisation du DPI par le médecin.

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
- Pour attester de l'équipement en logiciel référencé SEGUR (dans le cas où la donnée n'a pas pu être pré-remplie par rapport aux données issues du dispositif SONS précité).

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

2. 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 31/12/2024 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 2023

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 2024, les médecins doivent être équipés :

- **De la version du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 Addendum 8 APCV**

ET

- **des avenants au cahier des charges suivants** :
    - **L'avenant Tiers Payant ALD-Maternité, des avenants de la Convention Médicale 2016 et de l'avenant Télémédecine.**

Pour valider l'indicateur, les médecins doivent ainsi être à la fois équipés de la version du cahier des charges 1.40 add 8 mais également d'une version équipée des avenants TP ALD-Maternité, convention médicale (avenants 12 et 13[1]) et télémédecine (avenant 18), et avoir procédé à une facturation conforme avant le 31 décembre 2024.

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'assurance maladie à partir des flux de facturation émis par le médecin. Aucune transmission de justificatif n'est par conséquent requise.

3. Taux de télétransmission ≥ 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 2024.

Pour le calcul du taux de télétransmission 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 bénéficiaires résidant en EHPAD lors de l'exécution de l'acte (lorsque ce dernier est transmis hors mode sécurisé SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),

[1] Av. 12 : Modifications du système de facturation SESAM-Vitale 1.40 :
- OPTAM / OPTAM-CO : nouveaux contrats de pratiques tarifaires PS
- Consultations revalorisées et contrôle des tarifs opposables (G, GS, VG, VGS)
- Nouvelles prestations NGAP (APC, APY, APV, AVY, MEG, MEP, NFE, NFP, MUT, MCU, MRT)
- Actes complexes : codes prestation réservés PS
- Examens relatifs à la contraception des mineures et anonymisation
- Parcours de soins pour les moins de 16 ans

Av. 13 : Spécifier les adaptations du logiciel SESAM-Vitale pour l'utilisation des nouvelles valeurs de contextes PS et BS pour la base CCAM 2018

- les actes de téléconsultation et téléexpertise, lorsqu'ils sont transmis hors mode SESAM sans Vitale (dégradé, papier),
- 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 médecins qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

Ainsi :

- Si le médecin a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1er janvier au 31 décembre de l'année de référence.

- Si le médecin n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1er jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1ère FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1er juin).

Cas particulier d'un début d'exercice en décembre de l'année de référence :

Dans le cas d'un début d'exercice sur le mois de décembre de l'année de référence, la date individualisée sera égale au mois de décembre de l'année de référence.

Ainsi, les médecins démarrant une activité en décembre de l'année de référence seront pris en compte dans le calcul du taux de télétransmission.

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

- Le nombre de FSE : correspond au dénombrement d'actes transmis en mode sécurisé Vitale et SESAM sans Vitale par le médecin au cours de l'année de référence, quel que soit le régime et sur l'ensemble des situations d'exercice du médecin.
- Le nombre total de factures réalisées : correspond au dénombrement d'actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin, quel que soit le régime et sur l'ensemble des situations d'exercice du médecin.

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

Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes transmis en mode sécurisé Vitale et SESAM sans Vitale rapporté au nombre total d'actes réalisés est ≥ 2/3 au 31/12 de chaque année.

b. Justificatifs requis

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

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

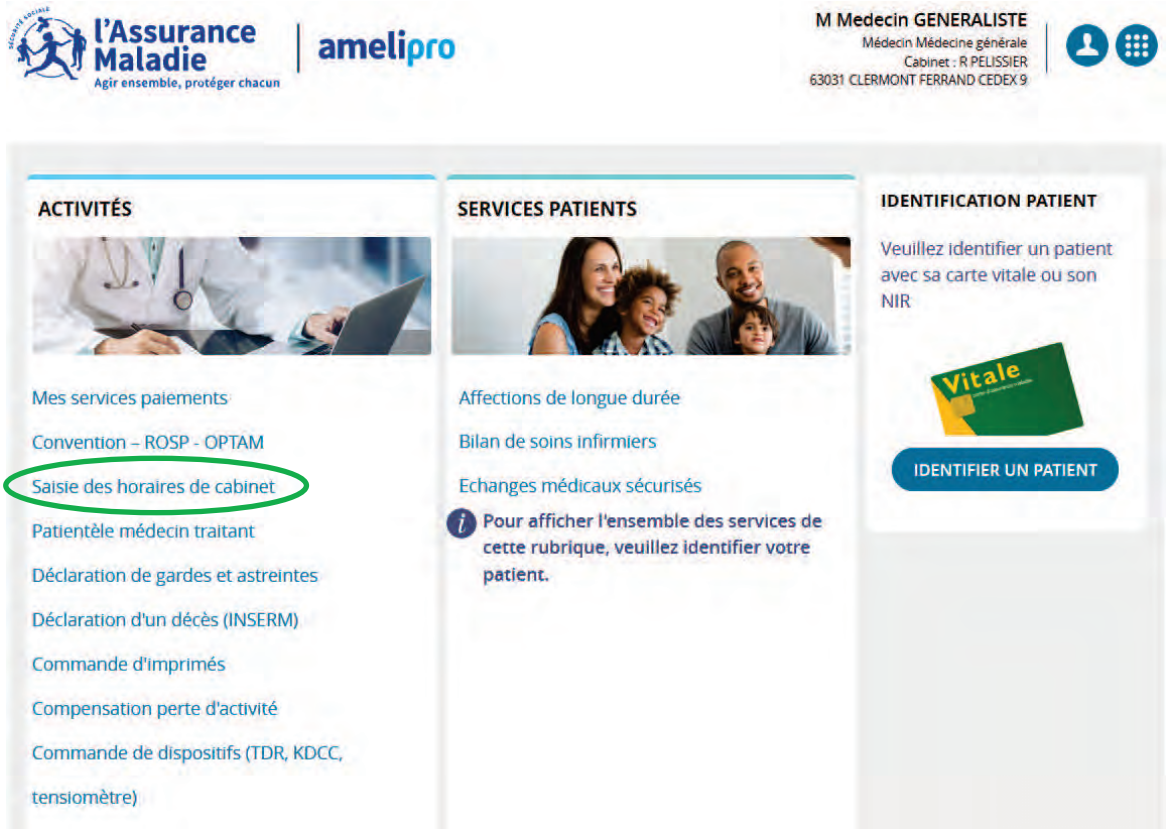
a. Description de l'indicateur

La validation de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage sur Annuaire Santé des horaires de consultations du cabinet. 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 avant la saisie des indicateurs. 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 31/12/2024** dans le service Amelipro de saisie des horaires de cabinet disponible dans la rubrique *Activités* afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « Affichage des horaires d'ouverture dans annuaire santé » directement dans la saisie des indicateurs du forfait structure volet 1, accessible à partir de la rubrique *Activités>Convention – ROSP – OPTAM* en période de saisie,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le Back Office **au plus tard le 31/01/2025.**



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.

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.**

Champs	Indicateurs		Nombre de points	en €	Type d'indicateur	Justificatifs
Indicateurs du volet 2	Indicateur 1 : Dématérialisation des téléservices	Usage téléservices (AAT, PSE, DCMT, CM AT MP, SPE, DSG)	110	770 €	Automatisé	
		Alimentation du DMP	40	280 €		
		Usage de la messagerie de santé de Mon espace santé	40	280 €		
		Ordonnances numériques	40	280 €	Automatisé	
		Usage de l'Appli Carte Vitale(ApCV)	40	280 €	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		120	840€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 4 : Amélioration du service offert aux patients		70	490€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 5 : Valorisation de la fonction de maitre de stage		50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 6 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée.		50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés		25	175€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 8 : valoriser la participation au SAS		200	1400 €	Automatisé	
	TOTAL		**835 points**	**5 845 €**		

1. 1er 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 31/12/2024 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),
- la prescription électronique de transport (SPE),
- la déclaration de grossesse simplifiée (DSG).

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

	Objectif pour 2024
AAT	**90%**
CM ATMP	**50%**
PSE	**90%**
DCMT	**90%**
SPE	**30%**
DSG	**50%**

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 dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Le taux de dématérialisation est calculé comme suit :

- **Taux de DCMT dématérialisées (22,5 points):**

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

Sont exclus les bénéficiaires :

- en subsistance
- non rattachés à la caisse
- dont la famille est annulée ou épurée
- dont la famille ne comporte pas de bénéficiaires

- dont le matricule commence par 5, 6, 7, 8 ou 9 (NIR migrants, provisoires ou techniques)

NB : les déclarations de médecin traitant réalisés par les CPAM dans le cadre de l'action « d'aller vers » sont prises en compte au titre de déclarations dématérialisées.

- **Taux de PSE (22,5 points)** :

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

- **Taux d'AAT dématérialisées (22,5 points)**:

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

NB : compte-tenu des retraitements manuels, le taux calculé disponible sur Amelipro est en-deça du taux réel dématérialisé. Il en sera tenu compte pour le calcul du taux retenu pour le paiement.

- **Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés (22,5 points)** :

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

- **Taux de prescriptions de transport (SPE) dématérialisées (10 points):**

Taux = nombre de prescriptions de transports dématérialisées via le téléservice / nombre total de prescriptions de transport (papier et dématérialisées) ayant fait l'objet d'une prise en charge.

- **Taux de déclaration de grossesse dématérialisées (10 points) =** nombre de déclarations de grossesse simplifiées dématérialisées via le téléservice / nombre total de déclarations de grossesse (papier et dématérialisées)

Tous ces indicateurs sont indépendants les uns des autres. Il n'est pas nécessaire d'atteindre tous les taux fixés pour chacun des téléservices pour bénéficier des points. L'atteinte du taux de dématérialisation d'un seul téléservice permet de déclencher la rémunération correspondante.

Autres indicateurs d'usage de services

	Objectifs	Points
Alimentation du DMP (en % de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP) Numérateur : **Nombre de fois où les DMP sont alimentés par le médecin durant la période d'observation** *(couple DMP/date d'alimentation, un DMP alimenté une ou plusieurs fois sur la période est comptabilisé autant de fois que d'actions d'alimentation à des dates distinctes)* Dénominateur : **Nombre de contacts avec patients = nombre de fois où les patients sont vus par le médecin (facturation d'un acte) sur la période d'observation** *(nombre distinct de dates de soins / patients)*	**30%**	**40**
Usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre médecins et patients (en % de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de santé de Mon espace santé) **Numérateur : Nombre de messages envoyés par le médecin à sa patientèle via sa messagerie MSSanté sur la période d'observation** **Dénominateur : Nombre de contacts avec patients = nombre de fois où les patients sont vus par le médecin (facturation d'un acte) sur la période d'observation** ***(nombre distinct de dates de soins / patients)***	**10%**	**40**
Usage d'ordonnances numériques sur produits de santé Numérateur : Nombre de prescriptions de produits de santé (prescriptions de médicaments et de LPP) faites via le téléservice sur la période d'observation Dénominateur : Nombre total de prescriptions de produits de santé (prescriptions de médicaments et de LPP sur papier et dématérialisées) sur la période d'observation (nombre distinct de dates de prescriptions/ patients)	**40%**	**40**
Usage de l'application carte vitale	**Au moins une FSE réalisée avec ApCV**	**40**

b. Justificatifs requis :

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

2. 2ème 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 Amelipro sa capacité à coder des données médicales.

b. Justificatifs requis :

Cet indicateur est affecté de 50 points.

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

3. 3ème 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 ou une équipe de soins spécialisée (ESS),
- une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique,
- Autre type d'exercice coordonné

Les « autres » types d'exercice coordonnés sont la participation à :

- 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

La participation à un groupe qualité (échange d'un groupe de médecins sur leurs pratiques), à un projet PAERPA, prise en charge individuelle coordonnée suite à la sollicitation d'un DAC ou au PRADO, ne permettent 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 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.

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.

4. 4ème 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 (, dispositif d'appui à la coordination 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 de prise de rendez-vous 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 sélectionnant oui sur Amelipro) avoir recours à l'un des dispositifs validant l'indicateur.

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 70 points.

5. 5ème 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 maitre 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.

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.

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.

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

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur 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 télémédecine, 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 vidéotransmission sécurisée nécessaire

à la réalisation de la téléconsultation ou avoir souscrit un abonnement payant à une solution de télémédecine (via des opérateurs offrant une solution technique complète). L'équipement doit permettre la vidéotransmission et la transmission d'informations sécurisées.

Les solutions grand public de communication interpersonnelles gratuites (type Skype, Face Time, Whatsapp) ne constituent pas une solution de vidéotransmission 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).

Cet indicateur est affecté de 50 points.

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

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur est affecté de 25 points pour l'aide à l'acquisition (ou la location) d'équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine. La liste de ces équipements est établie sur avis de la Commission Paritaire Nationale et peut être modifiée.

La téléconsultation s'effectue par vidéotransmission 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 2024, la liste des équipements connectés dont l'acquisition permet de valider l'indicateur est reconduite :

- 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 Amelipro 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 Amelipro).

Cet indicateur est affecté de 25 points.

8. 8ème 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) ».

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur est mis en place pour valoriser l'implication des médecins dans le cadre du Service d'Accès aux Soins (SAS) 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 réponse implique à la fois les médecins de premier recours et de second recours quelle que soit leur spécialité médicale. Le déploiement des SAS sur le territoire est progressif. Seuls les médecins exerçant dans un département dans lequel le SAS est déployé peuvent prétendre à cette rémunération.

Cet indicateur est valorisé à hauteur de 200 points.

Les conditions de validation de l'indicateur sont :

- exercer dans un département dans lequel le SAS est déployé
- avoir un agenda ouvert au public (ou partagé avec la structure de régulation du dispositif SAS) permettant la réservation de rendez-vous en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2 heures ouvertes par semaine ;
- être inscrit au 31/12/2024 auprès de la structure de régulation du dispositif SAS sur la plateforme nationale SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est calculé automatiquement par l'Assurance Maladie au regard des informations transmises par la plateforme nationale SAS. Aucun autre justificatif n'est requis pour valider l'indicateur.

Pour les médecins participant à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui, courant 2024, sera interfacé avec la plateforme nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles (les services du ministère de la santé et de la prévention tiennent à jour la liste des logiciels), notamment ceux qui passent par le logiciel de leur CPTS, dans ces cas, le président de la CPTS devra attester de la liste des médecins qui ont renseigné des disponibilités de soins non programmés en 2024 et ont répondu aux demandes du SAS.

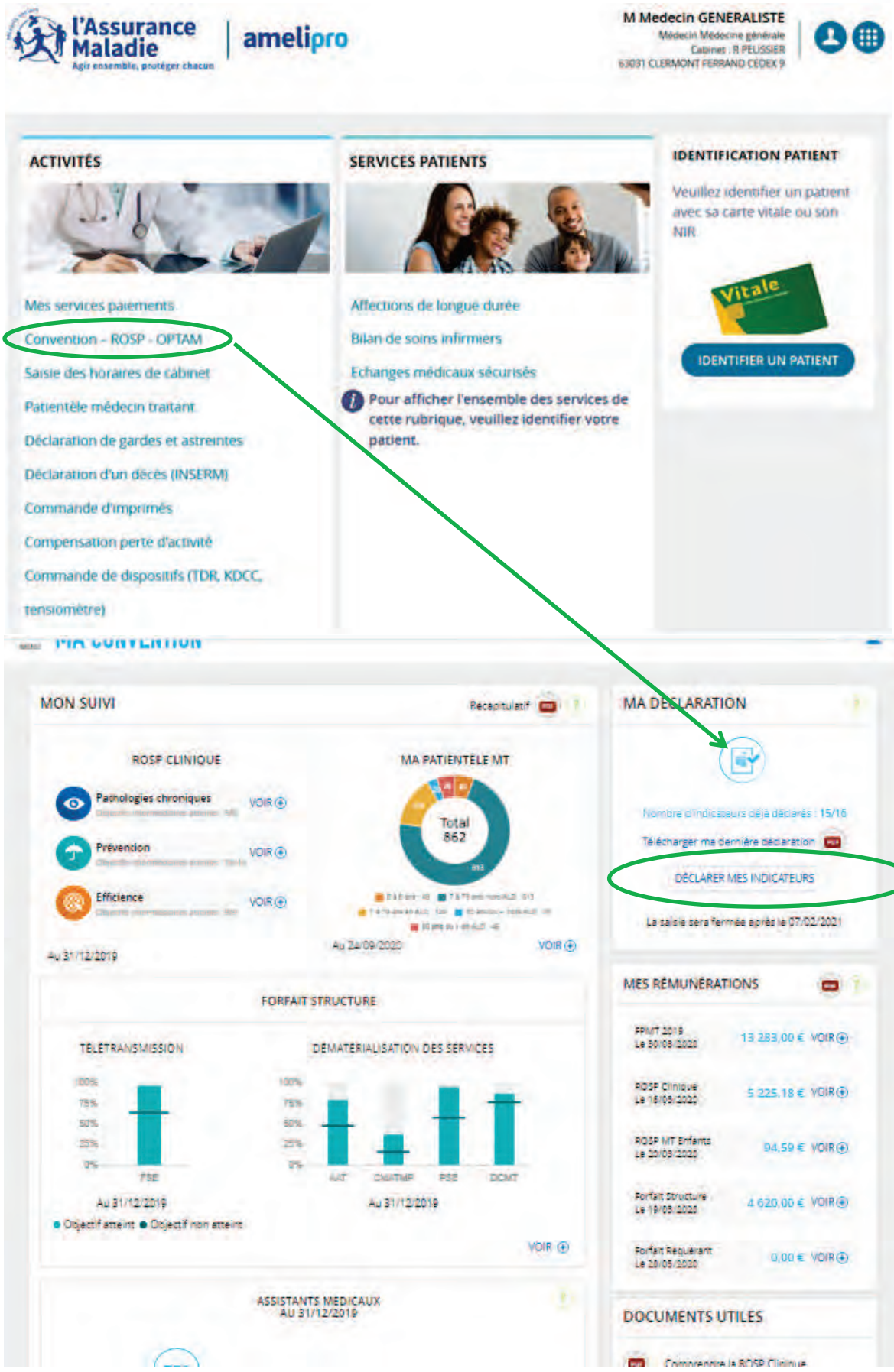
Pour les territoires où le SAS est opérationnel mais fonctionnerait avec un autre outil que la plateforme nationale SAS validé par le Ministère et répondant à tous les critères de l'article D 6311-38 du code de la santé publique et sous réserve de répondre aux autres conditions, tel que prévu par le décret n°2024-541 du 14 juin 2024, alors les médecins participant au SAS via cet outil seront pris en compte.

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 amelipro des données et éléments de nature à valider les indicateurs déclaratifs du forfait structure.

Pour les indicateurs de l'année 2024, l'ouverture prévisionnelle de la saisie des indicateurs déclaratifs pour les médecins est début décembre 2024.

Sur Amelipro, la saisie des indicateurs est réalisée dans le service « Ma convention » accessible via le lien « Convention - ROSP - OPTAM » de la rubrique « Activités ».


l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun
amelipro
M Medecin GENERALISTE
Médecin Médecine générale
Cabinet : R PEUSSIER
63031 CLERMONT FERRAND CEDEX 9
ACTIVITÉS
SERVICES PATIENTS
IDENTIFICATION PATIENT
Veuillez identifier un patient avec sa carte vitale ou son NIR
Vitale
IDENTIFIER UN PATIENT
Mes services paiements
Convention - ROSP - OPTAM
Saisie des horaires de cabinet
Patientèle médecin traitant
Déclaration de gardes et astreintes
Déclaration d'un décès (INSERM)
Commande d'imprimés
Compensation perte d'activité
Commande de dispositifs (TDR, KDCC, tensiomètre)
Affections de longue durée
Bilan de soins infirmiers
Echanges médicaux sécurisés
Pour afficher l'ensemble des services de cette rubrique, veuillez identifier votre patient.
MON SUIVI
Récapitulatif
ROSP CLINIQUE
Pathologies chroniques
Prévention
Efficience
VOIR
Au 31/12/2019
MA PATIENTÈLE MT
Total 862
Au 24/09/2020
MA DÉCLARATION
Nombre d'indicateurs déjà déclarés : 15/16
Télécharger ma dernière déclaration
DÉCLARER MES INDICATEURS
La saisie sera fermée après le 07/02/2021
FORFAIT STRUCTURE
TÉLÉTRANSMISSION
DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES
Au 31/12/2019
Objectif atteint
Objectif non atteint
MES RÉMUNÉRATIONS
FPMT 2019 Le 30/09/2020 13 283,00 €
ROSP Clinique Le 16/09/2020 5 225,18 €
ROSP MT Enfants Le 20/09/2020 94,59 €
Forfait Structure Le 19/09/2020 4 620,00 €
Forfait Requérant Le 20/09/2020 0,00 €
ASSISTANTS MEDICAUX AU 31/12/2019
DOCUMENTS UTILES

A titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'Amelipro 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.

Important : 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.

Récapitulatif des indicateurs déclaratifs devant faire l'objet d'une déclaration sur Amelipro

Volet 1	Utilisation d'un logiciel métier référencé Ségur avec LAP certifié (messagerie sécurisée de santé intégrée)
	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
	Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée (télémédecine)
	Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés (télémédecine)

IV. Calcul de la rémunération

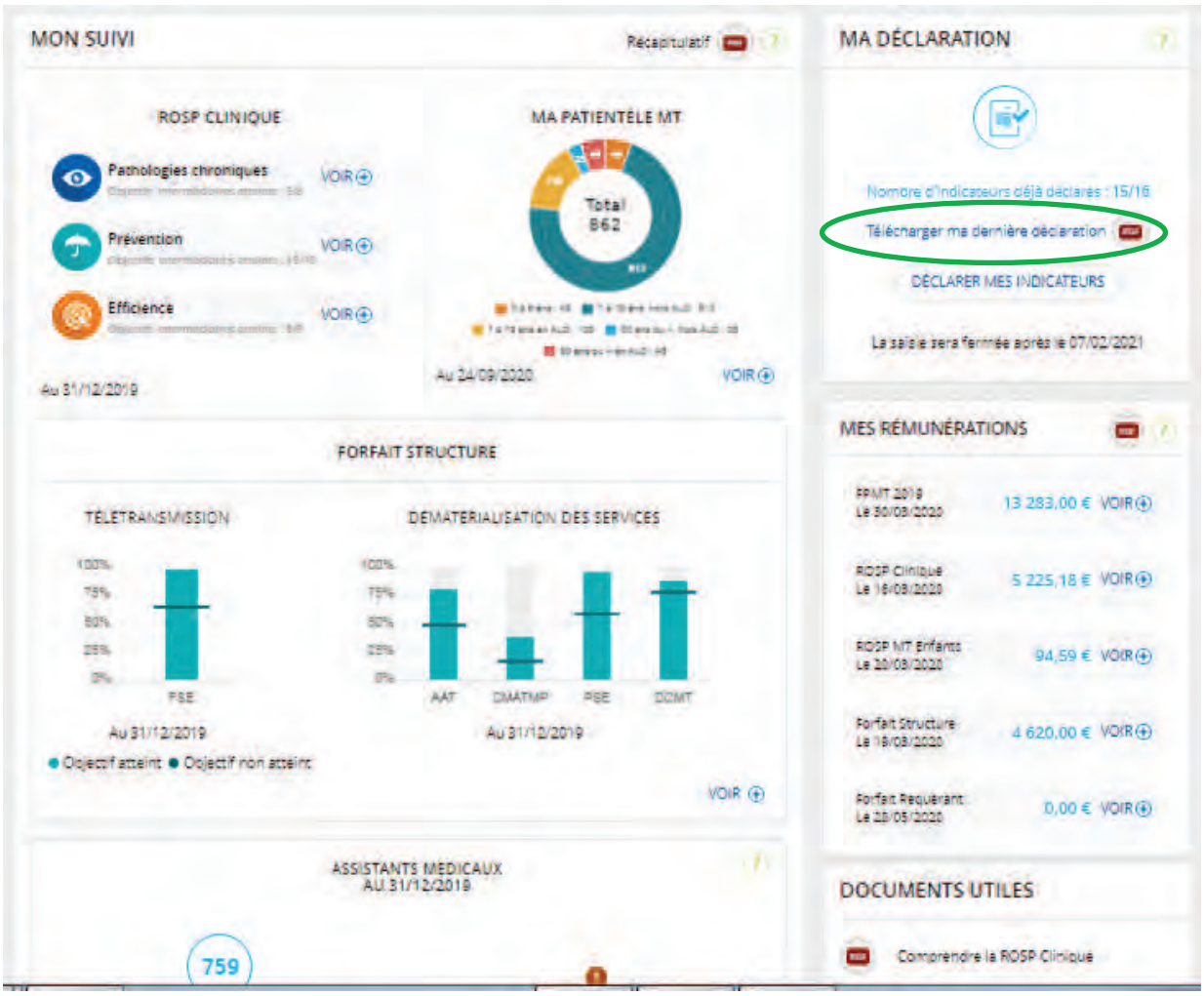
Le calcul de la rémunération est annuel et est effectué par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie dans le courant du 1er semestre de l'année N+1 pour une rémunération au titre de l'année N.

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 prérequis 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 31/12/2024. 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.



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 2024

➢ Spécialités médicales, médico-chirurgicales, chirurgicales pour lesquelles une dérogation au respect du sous-indicateur « LAP » est retenue pour 2024 :

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

Annexe 2 : Modèle d'attestation pour les éditeurs de logiciels

Modèle d'ATTESTATION DE CONFORMITE - indicateur 1 volet 1 du Forfait Structure

(Cette attestation doit être fournie sur papier à en-tête de l'entreprise)

NOM du logiciel

Le *date de l'impression*

A l'attention de
Nom et prénom du professionnel de santé
N° et qualité du PS
Adresse du PS

Vous utilisez actuellement le logiciel *Nom du logiciel* dans sa version commerciale xxxx que avez acquis le *xx/xx/xxxx*[1].

Nom du logiciel est :

- Logiciel d'aide à la prescription (LAP) :
  - certifié HAS depuis le *xx/xx/xxxx* sur la base d'un référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription de médecine ambulatoire publié antérieurement à avril 2021 (référentiels antérieurement en vigueur).
  - LAP V2

  ou

  - ayant obtenu une certification provisoire de la HAS a et ayant initié la démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2024.

- Logiciel référencé Ségur

Nom du logiciel

Cachet de la société du logiciel

Tampon ou signature du praticien

[1] *A défaut, la date d'édition de l'attestation est acceptée*