

CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

FORFAIT STRUCTURE 2022

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.....	4
II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients.....	19
III. Modalités de déclaration des indicateurs déclaratifs par les médecins	27
IV. Calcul de la rémunération	29
V. Vérifications	29

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 6 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 indicateurs en faveur du déploiement de la télémédecine ont été introduits au volet 2 à compter de l'année 2019.

En 2020, un nouvel indicateur déclaratif portant sur la valorisation de la participation à la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée a été introduit.

En 2022, plusieurs évolutions interviennent à la fois sur le volet 1 et le volet 2 du forfait par le transfert de l'indicateur « valorisation de la participation à l'exercice coordonné » dans le volet 1, prévu par l'avenant 7 à la convention médicale et par les mesures de l'avenant 9 à la convention médicale qui créé de nouveaux indicateurs.

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

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 400 points pour 2022.

En effet, à compter de 2022, l'indicateur « prise en charge coordonnée » est transféré du volet 2 vers le volet 1 et devient donc un prérequis à la rémunération.

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.

Pour tenir compte de la montée en charge de l'exercice coordonné, une dérogation est accordée sur l'indicateur relatif à la prise en charge coordonnée. Ainsi, les médecins qui n'ont pas été en mesure de valider cet indicateur au cours de l'année 2022 ne seront pas pénalisés sur l'atteinte de leur volet 1 du forfait structure et pourront bénéficier de la rémunération à hauteur de 280 points dès lors qu'ils valident les 5 indicateurs socles du volet 1. Les médecins déjà inscrits dans une démarche d'exercice coordonné seront valorisés au titre de cet indicateur à hauteur de 120 points supplémentaires dès lors qu'ils valident les 5 indicateurs socles du volet 1.



Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2022	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 ou disposer d'un logiciel référencé Ségur avec LAP certifié par la HAS	400 (ou 280)	2 800€ (ou 1 960 €)	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture/ attestation de l'éditeur la 1ère année ou si modification
	Indicateur 2 : Utiliser une messagerie sécurisée de santé ou logiciel référencé Ségur			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
	Indicateur 6 : « Prise en charge coordonnée » (exceptionnellement en 2022, les Professionnels qui ne valident pas cet indicateur pourront prétendre à une rémunération à hauteur de 280 points)			Déclaratif	Attestation sur l'honneur
TOTAL		400 (ou 280) points	2 800 € (ou 1 960 €)		



1. Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP ou 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 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 2022, pour atteindre cet indicateur le médecin doit au 31 décembre 2022 disposer d'un équipement comprenant les trois éléments suivants :

- un logiciel métier,
- un logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS. L'obligation de disposer d'un LAP conforme au référentiel de certification HAS en vigueur est reconduite. Toutefois, à titre dérogatoire et pour une période transitoire allant jusqu'au 31 décembre 2022, l'indicateur est considéré comme validé : si le LAP dont dispose le médecin est certifié HAS 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) ou si le LAP a obtenu une certification provisoire de la HAS au cours de l'année 2021 ou 2022 et que l'éditeur a initié une démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2022 ;
- un logiciel compatible avec l'usage du DMP.

A NOTER :

Dans la mesure où le médecin est équipé au 31 décembre 2022 d'un logiciel référencé SEGUR (cf. [Site de l'Agence du Numérique en Santé](#)), il est considéré comme atteignant l'indicateur « être équipé d'un logiciel métier et disposer d'un logiciel compatible avec l'usage du DMP » mais devra être également équipé d'un LAP certifié HAS.

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 2021 seront reprises automatiquement par l'assurance maladie pour l'année 2022.

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 précédente sur cet indicateur, le médecin devra impérativement déclarer sur amelipro, 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. Dans cette



liste, figurera également la mention d'un équipement référencé « Ségur » pour les rubriques « logiciel métier » et « compatibilité DMP ».

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
Medicamet 1.4.0.0	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

L'équipement en logiciel référencé SEGUR apparaîtra dans les listes déroulantes comme ci-dessous :

LOGICIELS MÉTIER

LIFELINE	4.03	ICP CONSEIL
LIFELINE	4.5	ICP CONSEIL
LIGIPREN	1.3.0	CHU DE LA REUNION
LOGICIEL DOCTEUR BERNARD CARETTE	12	DOCTEUR BERNARD CARETTE
LOGICIEL REFERENCE SEGUR	VERSION SEGUR	EDITEUR REFERENCE SEGUR
LOGICIEL TEST CDR	3.0	TEST CDR
LOGICIELS CLM WEB	1	CEGEDIM LOGICIELS MEDICAUX FRANCE
LOGIPRAT	8.3b	PACT LE CABINET RICHARD
LOGOS_W	10	IMAGEX
LOGOS_W	10.1.D	IMAGEX
LOGOS_W	10.1.E	IMAGEX
LOGOS_W	10.1.F	IMAGEX

FERMER

Votre logiciel métier :

LOGICIEL REFERENCE SEGUR - VERSION SEGUR - EDITEUR REFERENCE SEGUR RENSEIGNER ✕



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

- si au cours de l'année considérée, le médecin a réalisé une consultation ou 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 2022 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). Dans cette liste, figurera également la mention d'un équipement référencé « Ségur » pour les rubriques « logiciel métier » et « compatibilité DMP ».

Cet indicateur ne fait l'objet d'aucune proratisation en fonction d'une éventuelle date d'acquisition de l'équipement. Le médecin équipé au 31/12/2022 d'un logiciel compatible DMP ou d'un connecteur ou d'un logiciel référencé Ségur 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 ou disposer d'un logiciel référencé SEGUR.

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 2022, 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, 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 via amelipro, le médecin transmet obligatoirement à sa caisse de rattachement, les pièces justifiant de l'acquisition de l'équipement sur le logiciel métier, du LAP et de la compatibilité de son logiciel avec le DMP ou logiciel référencé SEGUR.
 - o 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 au cours de l'année 2022). 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 au cours de l'année 2021 ou 2022, 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 décembre 2022.

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).

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 ;
- ou mentionner le référencement SEGUR du logiciel.

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 la compatibilité de leur logiciel à l'usage du DMP ou 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.

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 y compris si le médecin dispose d'un logiciel référencé Ségur, 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 MSSanté

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 sécurisées MSSanté 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 31/12/2022 d'une boîte aux lettres (BAL) électronique proposée par l'un des opérateurs de messageries sécurisées de santé de l'Espace de confiance MSSanté. Cette boîte aux lettres peut être :

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

b. Justificatifs requis

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

A noter que depuis 2019, les médecins équipés de BAL Apicrypt V2 qui ont coché l'option « interopérable avec l'Espace de confiance » sont directement inscrits dans l'annuaire MSSanté et leur indicateur est validé (cf. ci-dessous).

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 MSSanté, doivent la déclarer sur amelipro.

De même les médecins équipés d'un logiciel référencé Ségur valide l'indicateur « disposer d'une MSS » et peuvent sélectionner « Intégrée dans un logiciel référencé SEGUR » dans le menu déroulant.



2 Type de messagerie sécurisée de santé

En savoir

Disposer d'une messagerie sécurisée de santé

Boîte personnelle MSSanté

Boîte personnelle MSSanté

Boîte organisationnelle MSSanté

Intégrée dans un logiciel référencé SEGUR

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.

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 :

123SANTE - 7.42 - COMPUGROUP MEDICAL SOLUTIONS [RENSEIGNER](#)

Votre logiciel d'aide à la prescription :

ACTEUR.FR - 2.0 - AATLANTIDE [RENSEIGNER](#)

Votre logiciel :

SHAMAN - 0.5.18.09 - OUVREZ LA BOITE [RENSEIGNER](#)

Pièce justificative validée par la CPAM

2 Type de messagerie sécurisée de santé En savoir

Disposer d'une messagerie sécurisée de santé

Boîte organisationnelle MSSanté

3 Affichage des horaires sur annuaire santé En savoir

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

Comment faire ?

- Je déclare avoir satisfait à l'ensemble des conditions conventionnelles pour percevoir le Forfait Structure et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document permettant de l'attester.
- J'accepte les conditions de la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

[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 2022, 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

Depuis 2021, pour les utilisateurs d'Apicrypt seules les messageries APICRYPT VERSION 2 ouvertes avec l'option « interopérabilité avec l'Espace de Confiance MSSanté » et inscrites dans l'annuaire MSSanté permettent de valider l'indicateur du volet 1 du forfait structure.

La version 2 dite « non-interopérable » (case « Interopérabilité avec l'Espace de Confiance » MSSanté non cochée) ainsi que la version 1 d'Apicrypt ne sont plus prises en compte.

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

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 31/12/2022 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 2022, les médecins doivent être équipés :

- **De la version du cahier des charges SESAM-Vitale 1.40 Addendum 6 PC/SC ou supérieure**

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 Télémedecine.**

Pour valider l'indicateur, les médecins doivent ainsi être à la fois équipés de la version du cahier des charges 1.40 add 6 PC/SC minimum mais également d'une version équipée des avenants TP ALD-Maternité, convention médicale (avenants 12 et 13¹) et télémedecine (avenant 18), et avoir procédé à une facturation conforme au plus tard le 31/12/2022.

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 31/12/2022**. Aucune transmission de justificatif n'est par conséquent requise.

Perspectives 2023 :

Aujourd'hui le parc informatique est très hétérogène et présente un retard de mise à jour important qui est un frein à la prise en compte optimale des évolutions réglementaires et conventionnelles mais aussi dans l'usage des services de l'assurance maladie.

Cette obsolescence favorise des dysfonctionnements pouvant altérer la sécurité du poste, du lecteur et l'usage des nouvelles CPS 3.3 IGC SANTE². L'une des actions engagées pour lutter contre cette obsolescence et ses effets est de ne plus assurer le support technique pour les versions addenda 4 et 6 et arrêter sur le frontal tout flux FSE émanant de logiciel en addendum 2bis et 3 au 1^{er} juillet 2023.

Afin d'être au rendez-vous des ambitions du Ségur de la santé concernant le Numérique en santé, l'évolution vers la version logiciel Addendum 8 ApCV sera requise pour 2023.

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

² IGC SANTE : L'agence du numérique en santé met en place une nouvelle infrastructure de gestion de clés, appelée **IGC-Santé**, dont la finalité est la sécurisation de l'échange et du partage de données de santé



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 2022.

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 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),
- les actes de téléconsultation et téléexpertise, lorsque ce dernier est 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 professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

Ainsi :

- 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).

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



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

b. Justificatifs requis

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

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 31/12/2022** 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>Convention ROSP>* en période de saisie,

Logo Assurance Maladie | ameli pro | Cabinet 011023462
348 AV DE TREVOUX
01000 SAINT DENIS LES BOURG

Activités ▾ Commandes ▾ Liens utiles ▾ Contacts ▾ Gestion du compte ▾

Activités

- Tous mes paiements
- Convention - ROSP - OPTAM
- Saisie des horaires de cabinet**
- Relevé d'activité et de prescriptions
- Patientèle médecin traitant
- Patientèle médecin traitant
- Patientèle sophia
- Déclaration de gardes et astreintes

Services patient

Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

- Arrêt de travail
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Déclaration médecin traitant
- Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

Identification Patient

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

Valider

! Pour accéder à la fiche de votre patient, vous devez vous connecter à ameli pro en carte CPS.

ACCÉDEZ AU DMP DE VOS PATIENTS **DMP**

demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le Back Office **au plus tard le 31/01/2023.**



6. 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.



✓ 3 **Prise en charge coordonnée** En savoir +

Valider la démarche de prise en charge coordonnée : participation à une « équipe de soins primaires (ESP) » ou une « communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) » ou une « maison de santé pluri-professionnelle (MSP) » Oui Non

J'atteste avoir satisfait aux conditions des indicateurs déclarés pour la forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel et m'engage à tenir à disposition de l'Assurance Maladie tout document justifiant leur atteinte.

J'accepte les conditions de la transmission et j'ai pris connaissance des textes applicables.

RETOUR TRANSMETTRE

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 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.



Champs	Indicateurs	Nombre de points	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	Usage téléservices (AAT, PSE, DCMT, CM AT MP, SPE)	100	700€	Automatisé	
		Alimentation du DMP	40	280 €		
		Usage de la messagerie de santé de Mon Espace Santé	40	280 €		
	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				Transféré dans le volet 1	
	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 télémedecine – aide à l'équipement pour vidéo transmission sécurisée.		50	350€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés		25	175€	Déclaratif	Attestation sur l'honneur
	Indicateur 8 : valoriser la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée		200	1400 €	Automatisé	
	<i>Indicateur 9 : valoriser l'effection de soins non programmés régulés par le SAS</i>			Neutralisé		
TOTAL		625 points	4 375 €			



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.**

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 31/12/2022 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),
- **Nouveauté 2022** : un nouveau téléservice est introduit sur la prescription électronique de transport (SPE).

Le taux de dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé pour chacun des 5 téléservices selon les modalités suivantes :

	Objectif pour l'année 2022
AAT	80%
CM ATMP	30%
PSE	80%
DCMT	90%
SPE	10%

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 :**

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

Sont exclus les bénéficiaires :

- o en subsistance
- o non rattachés à la caisse
- o dont la famille est annulée ou épurée
- o dont la famille ne comporte pas de bénéficiaires
- o dont le matricule commence par 5, 6, 7, 8 ou 9 (NIR migrants, provisoires ou techniques)

- **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).

- **Nouveauté 2022 : Taux de prescriptions de transport (SPE) dématérialisées :**

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

Cet indicateur est valorisé à hauteur de 10 points pour 2022.

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 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 100 points en 2022.



L'avenant 9 à la convention médicale a également ajouté deux autres indicateurs d'usage de services

	Objectifs	Points
<p>Alimentation du DMP (en % de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP)</p> <p>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)</p> <p>Dénominateur : Nombre de contacts avec patients = nombre de fois où les patients sont vus (facturation d'un acte) par le médecin sur la période d'observation</p> <p>(nombre distinct de dates de soins / patients)</p>	20%	40
<p>Usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients</p> <p>(en % de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de santé de Mon espace santé)</p> <p>Numérateur : Nombre de mails envoyés par le médecin à sa patientèle via sa messagerie MSSanté sur la période d'observation</p> <p>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</p> <p>(nombre distinct de dates de soins patients)</p>	5%	40

Pour 2022, compte tenu du retard lié au Ségur, les deux indicateurs sont neutralisés et les points correspondants sont reportés sur les autres indicateurs « usage des téléservices ».

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 amelipro sa capacité à coder des données médicales.

b. Justificatifs requis :

Cet indicateur est affecté de 50 points en 2022.

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

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

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 (, 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 cochant la case 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. 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 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. 6^{ème} indicateur : Aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur mis en œuvre depuis 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 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, Whats app) 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. 7^{ème} indicateur : Aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

a. Description de l'indicateur

Cet indicateur mis en place depuis 2019 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 chaque année.

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 2022, 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. Nouveauté 2022 : Modification du 8^{ème} 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.

Cet indicateur est valorisé à hauteur de 200 points pour 2022.

Les deux conditions de validation de l'indicateur sont :

- 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 ;



- **et** être inscrit auprès de la structure de régulation du dispositif SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

Le déploiement des SAS sur le territoire est progressif sur 2022 et 2023. Seuls les médecins exerçant dans un département dans lequel le SAS est déployé peuvent prétendre à cette rémunération.

Pour 2022, compte tenu de la mise en place de la plateforme nationale SAS à compter du 1^{er} juillet 2022, cet indicateur est calculé uniquement à compter du 3^e trimestre 2022.

b- Justificatifs requis

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

9. Nouveauté 2022 : ajout du 9^{ème} Indicateur : « effectif du SAS »

a- Description de l'indicateur

Le déploiement des SAS sur le territoire est progressif sur 2022 et 2023. Seuls les médecins exerçant dans un département dans lequel le SAS est déployé peuvent prétendre à cette rémunération.

A noter : La valorisation de l'indicateur 9 est conditionnée par l'atteinte de l'indicateur 8 « participation au SAS ».

Cet indicateur donne lieu à une valorisation pouvant aller jusqu'à 360 points en 2022.

Pour les médecins généralistes amenés à prendre en charge des patients supplémentaires, hors de leur patientèle médecin traitant, pour des soins non programmés dans les 48h sur adressage par la régulation du SAS après échec d'une prise de rendez-vous via les outils de prise de rendez-vous en ligne, l'indicateur est calculé par l'assurance maladie selon le barème suivant :

- 10 points de 5 à 15 SNP réalisées sur le trimestre ;
- 30 points de 16 à 25 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 50 points de 26 à 35 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 70 points de 36 à 45 SNP réalisés sur le trimestre ;
- 90 au-delà de 45 SNP réalisés sur le trimestre.

L'indicateur concerné est suivi trimestriellement sur ameli-pro et payé lors du paiement annuel du forfait structure.

Cet indicateur est neutralisé suite aux mesures exceptionnelles prises à l'été 2022.

b- Justificatifs requis



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

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 2022, l'ouverture de la saisie des indicateurs déclaratifs pour les médecins est prévue du 10 janvier au 10 février 2023.

Sur ameli pro, la saisie des indicateurs est réalisée dans l'espace « ma convention » accessible via le lien « Convention - ROSP - OPTAM » de la rubrique « Activités ».

Cabinet 011023462
348 AV DE TREVOUX
01000 SAINT DENIS LES BOURG

Activités ▾ Commandes ▾ Liens utiles ▾ Contacts ▾ Gestion du compte ▾

Activités

Tous mes paiements

Convention - ROSP - OPTAM

Saisie des horaires de cabinet

Relevé d'activité et de prescriptions

Patientèle médecin traitant

Patientèle médecin traitant

Patientèle sophia

Déclaration de gardes et astreintes

Services patient

Des services de simplification de vos démarches pour vos patients sont accessibles et sécurisés par l'utilisation de votre carte CPS.

Vous trouverez des services tels que :

- Arrêt de travail
- Déclaration simplifiée de grossesse
- Déclaration médecin traitant
- Protocoles de soins et ALD

Identifiez-vous par carte CPS

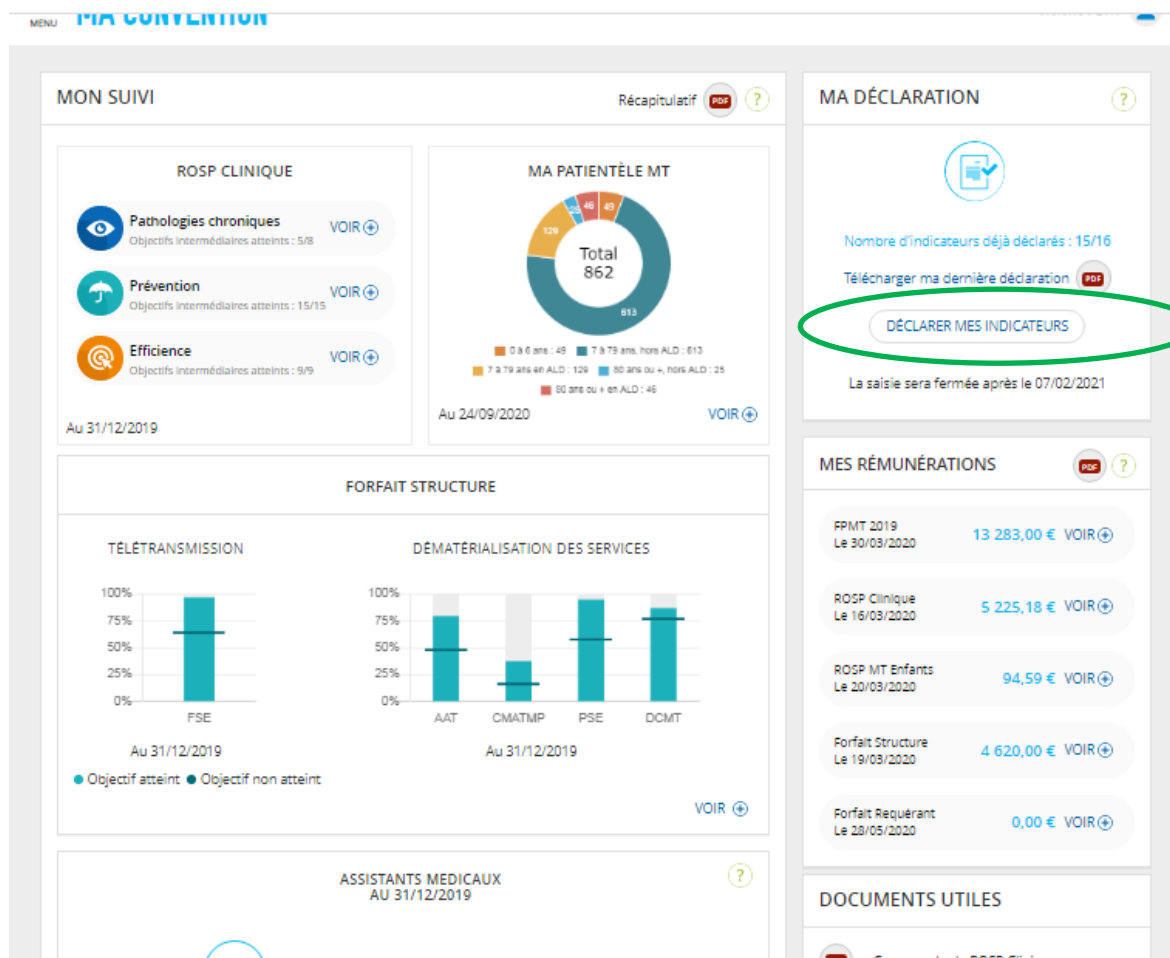
Identification Patient

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

Valider

! Pour accéder à la fiche de votre patient, vous devez vous connecter à ameli pro en carte CPS.

ACCÉDEZ AU DMP DE VOS PATIENTS **DMF**



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.

Important : Un récapitulatif de l'ensemble des **indicateurs ayant fait l'objet de l'attestation sur l'honneur** est à disposition du médecin sur ameli.pro 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 avec LAP certifié et compatible DMP (ou référencé SEGUR)
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé
	Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé
	Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée
Volet 2	Capacité à coder des données médicales
	Services offerts aux patients
	Encadrement d'étudiants en médecine
	Aide à l'équipement pour vidéoconsultation 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 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 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 31/12/2022. 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.



MON SUIVI Récapitulatif PDF ?

ROSP CLINIQUE

- Pathologies chroniques** Objectifs intermédiaires atteints : 5/8 VOIR +
- Prévention** Objectifs intermédiaires atteints : 15/15 VOIR +
- Efficience** Objectifs intermédiaires atteints : 9/9 VOIR +

Au 31/12/2019

MA PATIENTÈLE MT

Total 862

0 à 6 ans : 49 | 7 à 79 ans, hors ALD : 813
7 à 79 ans en ALD : 129 | 80 ans ou +, hors ALD : 25
80 ans ou + en ALD : 46

Au 24/09/2020 VOIR +

FORFAIT STRUCTURE

TÉLÉTRANSMISSION

Au 31/12/2019

● Objectif atteint ● Objectif non atteint

DÉMATÉRIALISATION DES SERVICES

Au 31/12/2019

VOIR +

ASSISTANTS MÉDICAUX ?
AU 31/12/2019

759

MA DÉCLARATION ?

Nombre d'indicateurs déjà déclarés : 15/16

Télécharger ma dernière déclaration PDF

DÉCLARER MES INDICATEURS

La saisie sera fermée après le 07/02/2021

MES RÉMUNÉRATIONS PDF ?

- FPMT 2019 Le 30/03/2020 13 283,00 € VOIR +
- ROSP Clinique Le 16/03/2020 5 225,18 € VOIR +
- ROSP MT Enfants Le 20/03/2020 94,59 € VOIR +
- Forfait Structure Le 19/03/2020 4 620,00 € VOIR +
- Forfait Requirant Le 28/05/2020 0,00 € VOIR +

DOCUMENTS UTILES

PDF Comprendre la ROSP Clinique

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 2022

- Spécialités médicales, médico-chirurgicales, chirurgicales pour lesquelles une dérogation au respect du sous-indicateur « LAP » est retenue pour 2022 :

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

La 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 vous 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).
 - ou
 - ayant obtenu une certification provisoire de la HAS au cours de l'année 2021 ou 2022 et ayant initié la démarche de certification sur la base du référentiel HAS en vigueur et ce, avant le 31 décembre 2022.
- DMP Compatible² depuis le **xx/xx/xxxx** ou référencé Ségur depuis le **xx/xx/xxxx**.

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

² Au besoin, indiquer la mention du recours à un autre éditeur pour assurer cette compatibilité (ex connecteur) et préciser si le praticien a souscrit à un pack complémentaire spécifique