

CNAMTS

GUIDE METHODOLOGIQUE

FORFAIT STRUCTURE

CONVENTION MEDICALE du 25 août 2016

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

Sommaire

Présentation du forfait structure	3
I. Volet 1 - Valoriser l'investissement dans les outils	5
II. Volet 2 - Valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	15
III. Modalités de déclaration des indicateurs.....	19
IV. Calcul de la rémunération.....	20
V. Gestion des contestations.....	20
VI. Vérifications.....	20

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.

Il se situe dans le prolongement du bloc organisation de la ROSP en venant remplacer les indicateurs de la ROSP 2011 portant sur l'organisation du cabinet, dont la mise en place a permis de faire progresser considérablement l'informatisation des cabinets médicaux.

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

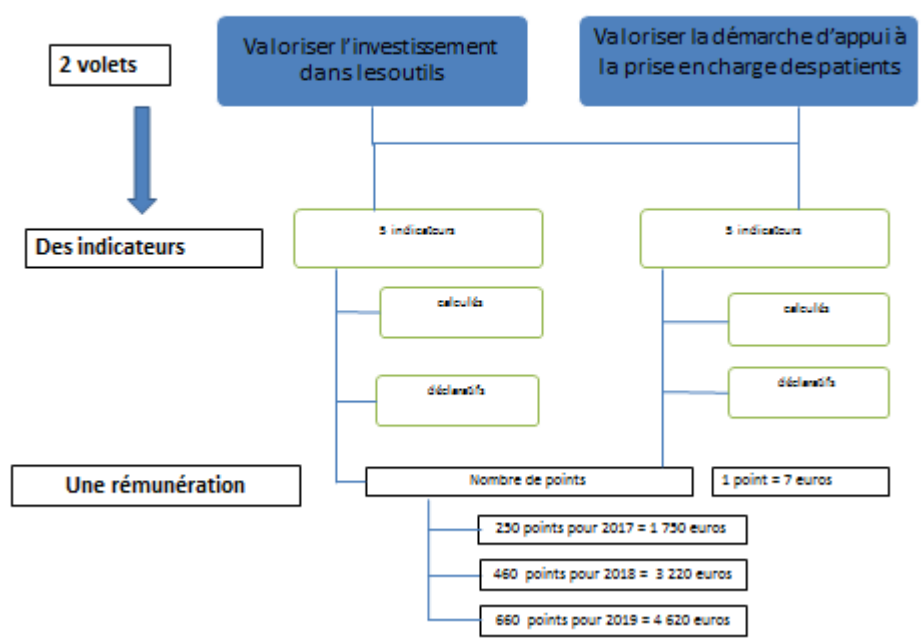
Ce forfait structure comprend 2 volets d'indicateurs :

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

Le second volet est également constitué de 5 indicateurs 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, dont l'enveloppe évoluera dans le temps : pour une réalisation à 100%, la rémunération est de 250 points au total pour 2017, 460 points pour 2018 et 660 points pour 2019 et les années suivantes. La valeur du point est fixée à 7 euros.

Le principe de cette nouvelle rémunération a été mis en place au 1^{er} janvier 2017, les premières rémunérations liées à ce forfait structure seront effectives à compter du 1^{er} semestre 2018.



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 175 points en 2017, 230 points en 2018 et 280 points en 2019 et suivantes.

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 2017	Equivalence 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	175	1225 €	Déclaratif avec pré-alimentation	Facture
	Indicateur 2 : Utiliser une messagerie sécurisée de santé			Déclaratif avec pré-alimentation	Déclaration
	Indicateur 3 : Disposer d'une Version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 4 : Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 5 : Affichage sur le site Annuaire Santé des horaires d'ouverture du cabinet			Déclaratif avec pré-alimentation	Pas de justificatif demandé
TOTAL		175	1225 €		



Concernant la compatibilité avec l'usage du DMP :

- si au cours de l'année considérée, le médecin a eu une action d'ouverture, de consultation ou d'alimentation d'un DMP d'un patient, le sous-indicateur relatif à son logiciel compatible DMP sera automatiquement alimenté à partir des traces du système d'information du DMP
- en l'absence d'interaction sur un DMP, le médecin devra déclarer sur Espace Pro les éléments de son équipement relatif à la compatibilité avec le DMP à partir d'une liste déroulante mise à jour sur espace pro et disponible en cliquant, directement dans la rubrique permettant la saisie de ces indicateurs (cf image écran ci-dessus)

Cet indicateur ne fait l'objet d'aucune proratisation. Le médecin équipé au 31/12 de l'année bénéficie de la totalité de la rémunération quelle que soit la date d'acquisition ou de certification de son équipement.

Dérogations au titre de l'année 2017

- à l'exigence de compatibilité DMP du logiciel métier:

A titre exceptionnel pour l'année 2017, les médecins non équipés d'un logiciel métier compatible DMP pourront valider le sous-indicateur en utilisant l'accès Web DMP pour une action d'ouverture, de consultation ou d'alimentation d'un DMP d'un patient. Dans ce cas, le sous-indicateur sera automatiquement alimenté par l'assurance maladie.

- à l'exigence du 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 2017, La liste des spécialités exonérées de l'exigence de LAP a été revue et élargie et précisée en annexe 1.

Ces médecins ne font l'objet d'aucune pénalisation pour le LAP mais ils doivent répondre aux autres exigences de l'indicateur sur le logiciel métier et la compatibilité avec le DMP.

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 ROSP 2016 et données issues du système d'information du DMP) aucun justificatif complémentaire ne doit être produit. Le médecin devra vérifier les informations renseignées au moment de la saisie des indicateurs sur Espace Pro et procéder le cas échéant aux corrections nécessaires.

En l'absence de pré-alimentation à partir des systèmes d'information de l'indicateur, et après avoir déclaré via Espace Pro les informations relatives à son équipement, le médecin transmet à sa caisse les pièces justifiant de l'acquisition de l'équipement déclaré sur le logiciel métier, le LAP et la compatibilité avec le DMP.

Les justificatifs d'achat (factures ou bons de commande émis) seront recevables.



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. Concernant la compatibilité avec le DMP, le justificatif devra indiquer :

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

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

En cas de déclaration par le médecin sur espace pro, l'indicateur est valorisé sous réserve de la transmission effective des justificatifs à la caisse de rattachement.

d. Fréquence de la mise à disposition des justificatifs

Une copie des justificatifs est requise la première année, en cas de changement de logiciel ou en cas d'absence de pré-remplissage automatisé de l'indicateur sur Espace Pro. Une fois fournis par le professionnel, les justificatifs sont ensuite valables pour la durée de la convention. Il ne sera plus nécessaire de renvoyer les justificatifs chaque année.

2. Utiliser une messagerie sécurisée de santé

a. Description de l'indicateur

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

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

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

A noter : Pour 2017, dans l'attente de l'intégration d'apicrypt dans l'espace de confiance MSSanté prévue dans les prochains mois, l'utilisation de la messagerie sécurisée Apicrypt est prise en compte pour valider l'indicateur.

b. Justificatifs requis :

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



En revanche, les médecins pour lesquels aucune utilisation de messagerie de santé n'a été détectée durant l'année de référence (absence de pré-remplissage automatique) mais qui disposerait d'une messagerie sécurisée de santé, doivent la déclarer sur Espace Pro puis transmettre à la caisse une attestation sur laquelle figure l'adresse de la messagerie utilisée. Un modèle d'attestation sera proposé sur Espace Pro.

Un modèle d'attestation téléchargeable sera proposé sur Espace Pro.

c. Cas particuliers :

Les boîtes aux lettres organisationnelles présentent dans l'annuaire national MSSanté ne permettent pas d'identifier tous les professionnels utilisateurs de cette messagerie partagée. Par conséquent, aucun pré-remplissage automatique ne pourra être effectué pour les utilisateurs de ces messageries organisationnelles. Aussi pour l'année 2017, les médecins qui ont recours à ce type de messagerie devront en faire la déclaration sur espace pro et transmettre une attestation d'utilisation à la caisse de rattachement.

Les utilisateurs d'Apicrypt devront également saisir l'indicateur en le sélectionnant via la liste déroulante proposée dans l'espace de saisie sur Espace Pro et transmettre l'attestation (jointe en annexe 2) à leur caisse de rattachement.

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 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 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 les échanges avec l'assurance maladie.

La version du cahier des charges et la liste des avenants retenus pour bénéficier de l'indicateur sont présentés au Comité Technique Permanent Paritaire National des médecins (CTPPN) chaque année.

Pour l'année 2017, la version minimum du cahier des charges SESAM-Vitale sera la version 1.40 addendum 2 bis.

Les avenants publiés au 31/12/2016 portent sur :

- ✓ L'avenant Tiers Payant ACS
- ✓ L'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE
- ✓ L'avenant 10 Tiers Payant Généralisé
- ✓ L'avenant chiffrage de la pièce jointe (PJ)
- ✓ L'avenant Suivi des factures Tiers payant (RSP 580)

Pour 2017, à titre dérogatoire, les avenants devant être intégrés pour valider l'indicateur du forfait structure sont :

- ✓ L'avenant Tiers Payant ACS



✓ L'avenant Tiers Payant ALD-MATERNITE

b. Justificatifs requis

Cet indicateur est automatiquement mesuré par l'assurance maladie à partir des flux de facturation. Aucun justificatif n'est requis.

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 de référence.

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

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

- Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence.
- Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Si la première FSE est réalisée au cours du mois de décembre 2017, le décompte du taux de FSE ne pourra être effectué que l'année suivante et l'indicateur ne sera validé pour l'année 2017.

Le calcul de l'indicateur repose sur :

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



Calcul du ratio : $\frac{\text{Nombre de FSE}}{\text{Total factures tous régimes}} \geq 2/3$

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

b. Justificatifs requis

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

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

a. Description de l'indicateur

La rémunération 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 de l'année de référence** (année N) à partir d'Espace Pro dans la rubrique *Activités>Pratiques>Horaires de cabinet* afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,

The screenshot shows the 'Espace pro' interface for a doctor. The 'Activités' menu is expanded, showing options like 'PAIEMENTS', 'PRATIQUE', and 'Horaires de cabinet' (highlighted with a green circle). A green arrow points from 'Horaires de cabinet' to the 'Services accessibles uniquement par carte CPS' section. The 'Services patient' section lists various services available with a CPS card, such as 'Avis d'arrêt de travail 5 clics', 'Certificat Médical AT/MP', and 'ALD / Protocoles de soins du patient'. The 'Identification Patient' section includes a field for 'NIR' and a 'Valider' button. The 'CONVENTION MÉDECIN' section shows 'OPTAM ou OPTAM CO' and 'Votre fiche tarifaire'. The 'COMpte ESPACE PRO BLOQUÉ?' section has a 'BESOIN D'ASSISTANCE ?' button and a phone icon.



- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » directement dans la saisie des indicateurs du forfait structure volet 1, accessible à partir de la rubrique *Activités>Pratiques>* en période de saisie
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le Back Office **au plus tard le 31/01 de l'année N+1.**

c. Justificatifs requis

Aucun justificatif n'est requis



Champs	Indicateurs	Nombre de points en 2017	Equivalent en €	Type d'indicateur	Justificatifs
Volet 2 (rémunération uniquement si les indicateurs du volet 1 sont atteints ; chaque indicateur du volet 2 est indépendant des autres)	Indicateur 1 : Dématérialisation des téléservices	20	140€	Automatisé	
	Indicateur 2 : Capacité à coder les données médicales	10	70€	Déclaratif	Pas de justificatif demandé
	Indicateur 3 : Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	15	105€	Déclaratif	Attestation ESP, CPTS, MSP avec projet de santé, avec projet de santé,...cf 3.b
	Indicateur 4 : Amélioration du service offert aux patients	20	140€	Déclaratif	Contrat de travail personne ressource, convention ou attestation de recours à une plateforme d'appui...Cf 4.b
	Indicateur 5 : Valorisation de la fonction de maitre de stage	10	70€	Déclaratif	Attestation ou convention de stage
TOTAL		75 points	525 €		



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

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui à la prise en charge des patients dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs. Ce volet est affecté de 75 points en 2017, 230 points en 2018 et 380 points à partir de 2019 répartis entre les cinq indicateurs qui le composent.

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 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 dématérialisée (CM ATMP).

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

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

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

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



Le taux de dématérialisation est calculé comme suit :

- **Taux de DCMT dématérialisées :**

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

- **Taux de PSE :**

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

- **Taux d'AAT dématérialisées :**

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

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

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

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

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

b. Justificatifs requis :

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

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

a. Description de l'indicateur

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

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

b. Justificatifs requis :

Il n'est pas demandé au médecin de fournir de justificatif pour cet indicateur.

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



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

a. Description de l'indicateur

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

La participation du médecin à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique ou à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou une participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an peut être retenue au titre de cet indicateur.

b. Justificatifs requis

- Tous les justificatifs attestant de la participation du médecin à une équipe de soins primaires pendant l'année de référence : déclaration avec présentation du projet de santé et de la constitution de l'équipe de soins,
- Tous les justificatifs attestant de la participation du médecin à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) pendant l'année de référence : déclaration avec présentation du projet de santé et de la constitution de l'équipe de soins,
- Tous les justificatifs attestant de la participation du médecin à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire pendant l'année de référence (en établissement de santé, en groupement d'établissement de santé, réseau de santé, centre de coordination en cancérologie, etc...) : copie des feuilles de présence ou attestations de présence à des réunions de concertation,

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

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 Espace Pro son implication durant l'année de référence dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients.

Une fois la déclaration effectuée, le médecin transmet un justificatif à la caisse.

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



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

a. Description de l'indicateur

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

Il peut s'agir :

- de la prise de rendez-vous pour les patients avec les médecins correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, y compris avec charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...),
- la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc.

Pour ce faire, le médecin peut avoir recours à des ressources se situant :

- soit au sein de son cabinet (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.)
- ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

b. Justificatifs requis

L'investissement pour des services aux patients peut être justifié au moyen des documents suivants :

- contrat de travail de la personne ressource ayant une fonction de coordination au sein du cabinet (précisant les fonctions d'appui occupées)
- Tous justificatifs attestant du recours à des structures d'appui externalisées : contrat, convention,
- Tous justificatifs attestant du recours à des coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel.

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer sur Espace Pro chaque mettre en place des services aux patients puis transmettre son justificatif à la caisse.

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



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

a. Description de l'indicateur

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

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

b. Justificatifs requis

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit déclarer chaque année sur Espace Pro s'il a encadré un étudiant en médecine puis transmettre son justificatif (une copie de la convention de stage ou une copie de l'attestation/certificat de stage) à la caisse de rattachement.

Ces documents doivent a minima préciser les informations suivantes :

- informations relatives au maître de stage (nom, prénom, fonctions etc...) ;
- informations relatives au stagiaire encadré (nom, prénom, cursus et niveau d'enseignement supérieur etc...) ;
- nom de l'établissement d'enseignement supérieur ;
- nom et adresse de la structure d'accueil ;
- date et durée du stage.

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

III. Modalités de déclaration des indicateurs

Pour bénéficier de la rémunération de ces indicateurs, le médecin doit procéder à la déclaration des indicateurs en ligne sur Espace pro.

Pour les indicateurs de l'année 2017, les dates prévisionnelles de la saisie des indicateurs pour les médecins sont du 15 décembre 2017 au 31 janvier 2018.

A titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'Espace pro, une déclaration sur support papier peut être effectuée auprès de la caisse d'Assurance Maladie.



Récapitulatif des indicateurs devant faire l'objet d'une déclaration sur Espace Pro

Volet 1	Utilisation d'un logiciel métier avec LAP certifié et compatible DMP
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé
	Affichage des horaires du cabinet dans annuaire santé
Volet 2	Capacité à coder des données médicales
	Implication dans des démarches de prise en charge coordonnée
	Services offerts aux patients
	Encadrement d'étudiants en médecine

IV. Calcul de la rémunération

Le calcul de la rémunération est annuel et effectué dans le courant du 1^{er} semestre de l'année suivante.

Chaque indicateur est affecté d'un nombre de points selon l'atteinte de l'objectif. Le nombre de points est consolidé puis est multiplié par la valeur du point de 7 € pour obtenir le montant de la rémunération annuelle.

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

V. Gestion des contestations

Cette rubrique sera complétée ultérieurement.

VI. Vérifications

Les services de l'Assurance maladie pourront être amenés à procéder à des contrôles notamment concernant les indicateurs déclaratifs.



Annexe 1 : Liste des spécialités exonérées de LAP pour 2017

- Spécialités médicales, médico-chirurgicales, chirurgicales pour lesquelles une dérogation au respect du sous-indicateur « LAP » est retenue pour 2017

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 esth.
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

Année concernée

Je soussigné(e) docteur [NOM – Prénom]

exerçant [adresse]

certifie disposer d'une messagerie sécurisée de santé de type :

- messagerie MSSanté individuelle
- messagerie MSSanté collective ou organisationnelle
- messagerie Apicrypt
- autre messagerie sécurisée de santé

Adresse de la messagerie : [adresse email à compléter obligatoirement]

Je certifie sur l'honneur l'exactitude de ces renseignements.

Fait à [Lieu]

le [date]

[NOM Prénom]

Signature du médecin