

# AIDES FINANCIÈRES - EXERCICE LIBÉRAL : MODERNISATION DU CABINET MÉDICAL

**M**odernisez votre cabinet médical grâce au dispositif spécifique mis en place par la convention médicale 2016 : le forfait structure. Découvrez comment bénéficier de cette aide financière.

## Forfait structure : une aide financière pour les cabinets médicaux

Le forfait structure est une aide financière permettant de faciliter la gestion du cabinet au quotidien.

Le forfait structure est :

- ♦ Une aide financière destinée à l'organisation et à l'informatisation de votre cabinet ;
- ♦ Une aide qui vous est ouverte si vous exercez en cabinet individuel ou en groupe quels que soient votre spécialité médicale et votre secteur d'exercice (secteur 1 ou 2).

L'aide financière du forfait structure est calculée :

- ♦ Selon le niveau d'atteinte des indicateurs, annuellement au 31 décembre de chaque année ;
- ♦ Selon un système de points (7 €/point) ;
- ♦ Selon 2 volets :
  - Équipement du cabinet ;
  - Démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients.

Un 3<sup>ème</sup> volet est dédié à l'aide de l'Assurance Maladie pour le recrutement d'un assistant médical. Les volets 2 et 3 sont accessibles si tous les indicateurs du volet 1 sont atteints.

**Tout médecin ayant satisfait aux 6 indicateurs du volet 1 obtient 400 points. S'il remplit également la totalité des indicateurs du volet 2, il obtient 985 points supplémentaires, soit 1 385 points au total, équivalant à 9 695 € au maximum.**

## Forfait structure : les nouveautés 2022

En 2022, suite aux avenants 7 et 9 de la convention médicale, le forfait structure évolue.

### Valorisation de la démarche de la prise en charge coordonnée

L'indicateur « Valoriser la démarche de prise en charge coordonnée » est transféré dans le volet 1 et constitue désormais un indicateur socle de la rémunération (avenant 7 à la convention médicale signé le 20 juin 2019).

Cette modification augmente à hauteur de 400 points le volet 1. Elle valorise le médecin engagé dans une démarche de prise en charge coordonnée telle que décrite ci-dessous :

- ♦ Participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP) ;
- ♦ Participation à une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) ;
- ♦ Participation à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ;
- ♦ Participation à des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ;
- ♦ Participation à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.



## Le volet numérique évolue

De nouveaux indicateurs sont inscrits dans le forfait structure (avenant 9 à la convention médicale signé le 31 juillet 2021). Ils ont pour objectifs de favoriser le recours au numérique en santé au service de l'amélioration des parcours et de la coordination des soins, et ce, dans un contexte de généralisation de Mon espace santé.

Les nouveaux indicateurs sont mis en place en 2022 ou 2023 pour inciter à :

- ♦ L'alimentation du dossier médical partagé (DMP/dossier médical au sein de Mon espace santé), indicateur dès 2022 ;
- ♦ L'usage de la messagerie sécurisée MSSanté pour valoriser les échanges effectués de manière sécurisée avec les patients dans le cadre du service Mon espace santé, indicateur dès 2022 ;
- ♦ L'usage de la e-prescription pour sécuriser et fluidifier le circuit de l'ordonnance, indicateur en 2023 ;
- ♦ L'usage de l'appli carte Vitale (apCV), indicateur en 2023.

### Équipement en logiciel « référencé Ségur »

À partir de 2023, l'équipement en logiciel « référencé Ségur » devient un indicateur socle du volet du forfait (indicateur qui se substitue aux 2 indicateurs actuelles du volet 1 : disposer d'un logiciel DMP compatible et disposer d'une messagerie sécurisée de santé). Voir aussi l'article « Médecin de ville, en savoir plus sur le Ségur du numérique en santé » sur le site [esante.gouv.fr](http://esante.gouv.fr).

L'installation d'un logiciel référencé Ségur est financée par l'État. Ce dispositif de financement est mis en place directement auprès des éditeurs de logiciels qui s'engagent dans la procédure de référencement des logiciels métiers. L'objectif est de les rendre interopérables, équipés d'un module de e-prescription et compatibles avec Mon espace santé (facilitation de l'alimentation, de la consultation des DMP et de l'utilisation de la messagerie sécurisée MSSanté). Vous pouvez bénéficier gratuitement d'une mise à jour de votre logiciel métier. Vous pouvez commander dès maintenant votre passage à un logiciel de gestion de cabinet « référencé Ségur », pris en charge par l'État.



En pratique : il est conseillé de vous rapprocher de votre éditeur. Vous pouvez également vous renseigner auprès d'un conseiller informatique services (CIS) de votre CPAM.

Le Ségur du numérique en santé est financé par l'Union européenne – NextGenerationEU.

### VSM : un nouveau forfait

En parallèle du forfait structure est créé un forfait pour l'élaboration du volet de synthèse médicale (VSM) : il vise à accompagner les médecins traitants dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours.

La rémunération forfaitaire dépend du taux d'alimentation :

- ♦ 1 500 € : VSM alimenté dans le DMP pour au moins 50 % de la patientèle ALD ;
- ♦ 3 000 € : VSM alimenté dans le DMP pour au moins 90 % de la patientèle ALD.

Ce forfait est pondéré par la taille de la patientèle du médecin traitant sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Une majoration de 20 % de la rémunération est appliquée si au moins 1/3 des VSM sont au format structuré dans le format conforme au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).

La période d'observation pour le calcul de la rémunération est du 01/01/2022 au 30/06/2023 avec un versement au cours du 2<sup>nd</sup> semestre 2023.

## Le service d'accès aux soins (SAS)

Le forfait structure accompagne également le déploiement du service d'accès aux soins (SAS) par la valorisation de l'engagement des médecins libéraux dans la participation et la prise en charge de patients en soins non programmés dans le cadre de la régulation SAS. L'indicateur 8 du volet 2 est revalorisé à hauteur de 200 points et le nouvel indicateur 9 rémunère la réalisation des consultations non programmées régulées par le SAS.

## Les indicateurs d'équipement du cabinet et de service aux patients

Le calcul de la rémunération du forfait structure varie selon le niveau d'atteinte des indicateurs des volets 1 et 2.

Le volet 2 est accessible si tous les indicateurs du volet 1 sont atteints.

### Volet 1 : équipement du cabinet

Indicateurs d'équipement du cabinet (en nombre de points)						
Engagements	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Indicateur 1</b> Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS et compatible DMP (1)						
<b>Indicateur 2</b> Disposer d'une messagerie sécurisée de santé						
<b>Indicateur 3</b> 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	175	230	280	280	280	400
<b>Indicateur 4</b> Taux de télétransmission > ou égal à 2/3						
<b>Indicateur 5</b> Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé						
<b>Indicateur 6</b> Valoriser la démarche de prise en charge coordonnée						



## Volet 2 : service aux patients

Le volet 2 est accessible si tous les indicateurs du volet 1 sont atteints.

Indicateurs de service aux patients (exprimé en nombre de points)							
Engagements		2017	2018	2019	2020	2021	2022
Indicateur 1 Taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	<b>Nouveau 2022 (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Usage téléservices - AAT PSE DCMT CMAT MP SPE</li> <li>● Usage DMP</li> <li>● Usage MSS</li> </ul>	20	60	90	90	90	● 100
							● 40
							● 40
Indicateur 2 Capacité à coder et requêter sur des données médicales pour alimenter ou produire des registres par exemple		10	20	50	50	50	50
Indicateur 3 Engagement dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients (maison de santé pluridisciplinaire, équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, réunions de concertation pluridisciplinaire...)		15	40	60	120	120	Transféré dans le volet 1
Indicateur 4 Investissement dans de nouveaux services aux patients pour l'accompagnement des patients aux parcours de soins complexes (temps de personnel dédié ou recours à un prestataire externe pour l'accompagnement des parcours complexes, l'organisation de la prise en charge médico-sociale...)		20	80	130	70	70	70
Indicateur 5 Encadrement des jeunes étudiants en médecine niveau 1		10	30	50	50	50	50

(1) Les indicateurs d'usage des téléservices : nouveaux objectifs

<b>Indicateur 6</b> Équipement pour vidéotransmission sécurisée	-	-	50	50	50	50
<b>Indicateur 7</b> Équipements médicaux connectés	-	-	25	25	25	25
<b>Indicateur 8</b> Valoriser la prise en charge des soins non programmés dans le cadre d'une organisation territoriale régulée, participation au SAS	-	-	-	150	150	200
<b>Indicateur 9</b> Effectif SAS	-	-	-	-	-	Jusqu'à 360
<b>Total volet 2</b>	<b>75</b>	<b>230</b>	<b>455</b>	<b>605</b>	<b>605</b>	<b>985</b>

Indicateurs d'usage des téléservices		
Téléservices (en % de dématérialisation des déclarations réalisées)	Objectifs	2022 (points)
AAT (arrêt de travail en ligne)	80 %	22,5
CM AT-MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	30 %	22,5
PSE (protocole de soins électronique)	80 %	22,5
DMT (déclaration de médecin traitant)	90 %	22,5
SPE (prescription électronique de transport)	10 %	10
<b>Total des points pour l'usage téléservice</b>		<b>100</b>
<b>Usage DMP</b> (en % de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP)	20 %	40
<b>Usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients</b> (en % de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de Mon espace santé)	5 %	40

### Comment déclarer vos indicateurs ?

Chaque année, pour aider les médecins à déclarer leurs indicateurs, l'Assurance Maladie a élaboré un guide interactif : « Comment déclara-

rer vos indicateurs – Forfait structure ». Pour une meilleure expérience d'utilisation, téléchargez ce guide directement sur votre ordinateur

Source : ameli.fr

