

# Négociation

## Assistants Médicaux

*Conseil confédéral du 16 mars 2019*

## Stratégie nationale de santé « Ma Santé 2022 » :

Prévoit la création et le financement d'une nouvelle fonction « d'assistant médical » auprès des médecins, pour leur permettre de **libérer du temps médical** et d'améliorer la prise en charge des patients, **suivre plus de patients** et s'engager plus dans la prévention

**Objectif: 4000 AM d'ici 2022**

**Article 42 LFSS 2019 :** négociations conventionnelles pour le financement des AM

**Négos débutent le 24 janvier**

Distinguer :

- ✓ La négociation avec Assurance maladie sur le financement
- ✓ La négociation de branche sur la formation et le métier de l'AM: AM des cabinets de MG  
Tronc commun : AM  
Options : AMT

- Quel **modèle économique** ?
- Dégressivité de l'aide: durée de l'aide et montant ? Quid du contrat (CDD: max 18 mois)
- Zones sous denses: lesquelles en priorité ? Quel zonage? Quelles spécialités avec quel zonage?
- Combien d'AM pour combien de médecins ?
- Contrainte immobilière
- Compensation pour la population: productivisme?? Et la qualité??
- Médecins « regroupés »...et les autres ? Et les secteurs 2 ?
- Pourquoi pas une aide par défiscalisation?

## Négociations conventionnelles

**24 janvier, 7 février, 20 février, 7 mars**

- ✓ **tâches administratives** : ex : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales, accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc.
- ✓ **missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation** : aide à l'habillage, déshabillage, prise de constantes, mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, vaccinations, modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, etc.
- ✓ **missions d'organisation et de coordination** : coordination notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients.

## Principes :

- ✓ Une double voie d'accès à la fonction d'AM selon le profil : **soignant ou non soignant.**
- ✓ Nécessité d'être doté d'une **qualification professionnelle ad hoc issue** d'une formation dont la durée sera à déterminer hors du cadre conventionnel.
- ✓ Au cours des premières années du dispositif, pas d'obligation d'être préalablement formé pour être embauché mais un **engagement à suivre la formation dans un délai** (à déterminer) suivant le recrutement.
- ✓ Besoin d'une base juridique pour compléter L'article L 4161-1 du code de la santé publique afin d'ajouter les assistants médicaux à la liste des personnes susceptibles d'exercer des actes soignants sous la responsabilité d'un médecin.  
Amendement à la loi de Santé

**Potentiellement toutes les spécialités médicales, mais dans un premier temps priorité :**

- Sur l'ensemble du territoire, aux MG et MS caractérisés par une tension dans l'accès aux soins (ex: pédiatres, gynécologues, rhumatologues, gériatres...)
- Certaines spécialités du fait de l'existence de tensions pour l'accès aux soins sur un territoire (ciblage territorial : 1/3 des dépts ayant la plus faible densité par spécialité)

Spécialités non prioritaires : lorsqu'il existe déjà un dispositif particulier (filière visuelle), ou organisation intégrant déjà des collaborateurs (manip radio)

**→ groupe de travail technique dédié pour définir la liste des spécialités estimées prioritairement éligibles d'ici la fin de la négociation**

**Médecins nouveaux installés** : éligibles dès lors qu'ils s'engagent à atteindre une **cible de patientèle à définir**, modulée selon qu'il s'agit d'une installation dans le cadre d'une reprise de patientèle ou d'une création, à une échéance à déterminer (ex 3 ans en cas de création).  
Indicateurs définis en tenant compte de la montée en charge de la patientèle et du temps d'exercice libéral du nouveau médecin (éventuel exercice mixte).

**Pratique tarifaire** : secteur 1 et de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM

**Exercice coordonné = condition d'éligibilité**

Délai de 2 ans laissé au médecin pour s'engager dans cette démarche d'exercice coordonné.

Dans le cas où une CPTS existe sur le territoire du médecin ce dernier devra participer aux dispositifs opérationnels mis en place pour favoriser l'accès à un médecin traitant et l'accès à des soins non programmés

**Exercice regroupé :** Le principe est de réserver le bénéfice d'un AM à des médecins exerçant en groupe (au moins 3 médecins).

Deux exceptions seraient envisageables :

- **médecins exerçant en zone sous dense** (zonage conventionnel) : il n'y aurait pas de condition de regroupement exigée. Si le médecin exerce seul, il bénéficierait d'un financement correspondant à  $\frac{1}{2}$  ETP, avec possibilité d'aller à 1 ETP pour 2 médecins ;
- **médecins n'exerçant pas en zone sous dense** : des médecins qui ont une activité supérieure à un certain niveau (à définir) et n'exercent pas dans un même lieu physique mais souhaitent ensemble s'engager à partager un même assistant médical seraient éligibles (règle du 1 pour 3).

**Nombre d'AM par médecin :**

- Un financement d'1 AM pour 3 médecins.
- Un financement d'1 AM non pas en fonction d'un nombre de médecins mais d'un nombre de patients (demande de la CSMF)

## Médecins généralistes :

2 indicateurs supplémentaires retenus

- **Augmentation de la patientèle MT**

- **Augmentation de la file active** : nombre de patients différents vus dans l'année  
La caisse propose de fonctionner par « tranches d'activité » en fonction de la taille de la patientèle initiale du médecin

## Objectifs à atteindre :

- Médecins entre P 40 et P 75 : objectif fixé à + 15 %

- Médecins entre P 75 et P 95 objectif fixé à + 7,5 %

- Médecins au-dessus de P 95 : objectif maintien de l'activité

Les médecins compris entre P 40 et P 75 regroupent 35 % des médecins : leur patientèle MT se situe entre 740 patients (P 40) et 1165 patients MT (P 75)

Les médecins compris entre P 75 et P 95 regroupent 20 % des médecins : leur patientèle MT se situe entre 1165 et 1693 patients.

Il est proposé que les médecins généralistes dont la patientèle est inférieure à 740 patients ne puissent bénéficier du dispositif (dérogation exercice mixte).

## Médecins spécialistes :

Objectifs fixés sur la base de l'indicateur de taille de la file active

Les 3 mêmes catégories que pour les MG seraient fixées :

- Médecins entre P 40 et P 75 : objectif fixé à + 15
- Médecins entre P 75 et P 95 objectif fixé à + 7,5
- Médecins au-dessus de P 95 : objectif maintien de l'activité

## Objectif de qualité MG et MS :

questionnaires de satisfaction de patients

Sa définition sera proposée dans le cadre d'un groupe de travail (en marge des séances de négociations).

Financement **pérenne et individualisé** par médecin ayant souscrit au contrat. Calculé sur la base d'un plein temps, son montant versé à chaque médecin sera proportionnel au temps dédié par l'AM (ex 1/3 pour 1 assistant pour 3 médecins).

- 1<sup>ère</sup> année : le montant de l'aide est porté à 36 000 € pour un ETP pour trois médecins

- 2<sup>ème</sup> année : 27 000€

A partir de la 3<sup>ème</sup> année, maintien de l'aide de manière pérenne à 21 000 euros pour 1 ETP en cas d'atteinte de l'objectif.

Pour les médecins qui ont un objectif de maintien (au-dessus de P95), l'absence de gain généré par l'augmentation de l'activité sera compensé par le versement maintenu de la somme de 36 000 euros (pour 1 ETP).

Acompte 50% à la signature du contrat de travail

**2 premières années** : période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs. Même si objectifs pas remplis, l'aide est maintenue intégralement.

**Au-delà des 2 ans** : aide ajustée à la baisse en fonction des objectifs Il sera tenu compte des facteurs objectifs pouvant justifier de la non atteinte des résultats (par exemple, pas de patients sans médecin traitant)

Le versement de l'aide serait **intégré dans le forfait structure** (création d'un Volet 3), la perception du montant de l'aide sera alors conditionnée à l'atteinte des indicateurs du volet 1 (prérequis) ;

En cas d'indisponibilité temporaire de l'AM (congé maladie d'une durée substantielle, congé maternité, etc), une neutralisation de l'atteinte des objectifs pourra être mise en place.