



Décembre 2010

SOMMAIRE

Accord 2011	page 1
TP social obligatoire à la demande du patient : une fausse bonne idée	page 3
Ticket Modérateur en Garde	page 4
TS pour les diabétiques : les yeux s'ouvrent !	page 5

ACCORD 2011

Etat de la situation (7 décembre 2010)

Certaines mesures décidées dans l'accord 2009-2010 ne peuvent être exécutées par suite de la situation politique actuelle (gouvernement en affaires courantes ; discussions concernant de nouvelles compétences des Communautés en matière de 1^{ère} ligne)

- Permanence des pédiatres à l'hôpital
- Impulseo I et II-III
- DMG +

Cadre général défini par le Conseil Général

- Idée fondamentale : surtout des mesures en faveur du patient. Ceci explique la campagne menée par les OA pour imposer le tiers payant social obligatoire aux médecins. Le blocage est total du côté des syndicats médicaux : tiers payant social d'accord mais pas obligatoire et pour autant que la mesure s'accompagne d'allègements administratifs !
- Mesures budgétaires clairement définies - Budget du secteur médical
Estimations techniques 2011 (càd évolution naturelle des dépenses si on ne touche à rien)
+ € 98 millions d'index
- € 30 millions d'économies à réaliser sur la nomenclature de la médecine spécialisée.
Notons que la MG est relativement épargnée : pas de mesures de correction, possibilité de récupérer les € 14 millions prévus mais non affectés en 2010 (DMG+, ...).
Il n'y a donc pas de place pour de nouvelles initiatives à impact budgétaire : toute nouvelle proposition devra être compensée par des économies de même importance.



Prescription de médicaments bon marché

Le gouvernement impose une économie de € 7,2 millions dans le secteur du médicament en relevant pour chaque spécialité le pourcentage de médicaments bon marché qui doit être prescrit (càd niveau atteint par 40 % des prescripteurs de la spécialité concernée).

Discussion médico-mutuelliste actuelle

- L'accord aura une portée d'un an (vu l'absence de gouvernement)
- La ministre est très attachée à la sécurité tarifaire des patients. Elle fera tout pour la garantir.
- Jo De Cock a confirmé que la situation allait s'arranger pour Impulseo I ; pour Impulseo II & III, on insisterait afin que cela soit considéré comme affaires courantes.
- Pour le DMG +, il y a eu des contacts avec les ministres des Communautés et des discussions ont lieu entre ceux-ci et le fédéral. Les décisions leur seront bientôt communiquées.
- La décision du gouvernement concernant le pourcentage de prescription bon marché a été présentée à la Médico-Mut.
- Le tiers payant social obligatoire est rejeté par le banc syndical
- Le Groupe de Travail chargé de trouver des économies en matière de nomenclature sur la base des données de l'audit a livré son rapport. Diverses pistes sont envisagées mais pratiquement aucune avec effet immédiat susceptible de participer à l'économie exigée (€ 30 millions)
- La menace de confisquer une partie de l'index pour atteindre les € 30 millions reste réelle.
- Des rencontres informelles en petit groupe sous la direction de Jo De Cock sont prévues. Il n'y a pas d'agenda pour la prochaine réunion plénière.

Que peut-il se passer s'il n'y a pas d'accord ?

- Les honoraires redeviennent libres
- L'indexation disparaît ainsi que le statut social
- La ministre peut proposer des conventions individuelles
- Il peut y avoir une convention MG seule (l'inverse est tout à fait irréaliste)
- La ministre peut toujours imposer des tarifs obligatoires

Dr Marcel Bauval
Membre du Bureau du GBO



L'OBLIGATION DU TIERS-PAYANT SOCIAL A LA DEMANDE DU PATIENT EN MG ? UNE FAUSSE BONNE IDEE

Certes l'idée de l'obligation du TP social en MG si le patient le demande est née d'une volonté d'augmenter l'accessibilité aux soins pour les plus démunis.

Augmenter l'accessibilité à la première ligne de soins en particulier est de première importance. Les mesures proposées par les mutuelles pour faciliter administrativement l'application du TP sont excellentes et nous les soutenons fermement.

Il nous est cependant difficile d'accepter le caractère obligatoire de la mesure, pour plusieurs raisons.

La première raison, délicate à cerner, a trait à la **qualité des relations thérapeutiques**. En effet, rendre l'application du TP obligatoire à la demande du patient nous met de facto dans une dynamique asymétrique face au patient.

Dans la diversité relationnelle thérapeutique d'aujourd'hui, nous avons érigé la négociation comme mode relationnel : le patient cherche l'aide dont il a besoin ... le médecin, dans une relation libérale, lui apporte cette aide. Dans certaines de ces relations, le rapport « commercial » est plus marqué... et nous savons tous que « le client est roi ». Le médecin doit pouvoir répondre à cette demande consumériste selon ses propres valeurs éthiques ... sans pour autant refuser la relation thérapeutique, dans l'espoir d'une possible dynamique moins marchande. D'autres relations, plus exceptionnelles, sont marquées du sceau de l'intimidation ou de la fraude ... là, précisément, le médecin doit avoir les mains libres pour s'en défendre. Le refus de l'application du TP est un des outils à notre disposition. L'application du TP doit ici éviter le piège de la dévalorisation de l'acte médical et du système solidaire en général.

La deuxième raison est le **coût administratif** pour le prestataire. Un office de tarification demande 2,5% du montant de l'attestation pour l'envoi des TP aux mutuelles et le suivi des paiements. Il est raisonnable de penser que ce coût soit pris en charge par la collectivité par un financement prévu pour ce travail administratif, pour éviter qu'il ne soit répercuté sur les patients... ce qui aurait l'effet contraire à celui recherché par la mesure. Les médecins ayant une aide administrative « impulseo » sont bien entendu déjà financés pour cela. Pour les généralistes qui font ce travail eux-mêmes, que coûte leur heure de travail administratif le dimanche soir ?

Notons que dès l'informatisation du TP, prévue pour 2012 (?), le problème du coût disparaît.

Nous proposons donc pour augmenter l'accessibilité aux soins :

1. Dans notre système basé sur le paiement à l'acte, **un système de TP maximisé**,
 - favorisé administrativement et soutenu financièrement
 - pour **tous** les patients (ce sont souvent les patients aux petits revenus qui ont le plus de difficultés à nouer les 2 bouts... travailler coûte cher)
 - **librement consenti** par les médecins.

Proposition alternative: pourquoi pas un système de **chèque-consultation** fourni par la mutuelle ... ce qui restituerait le travail administratif aux organismes assureurs dont c'est la mission. Et pourrait lever les réticences des médecins, puisqu'ils ne sont plus, dans ce système, acteurs de la négociation.



2. **L'approfondissement du financement mixte de la MG** : pour éviter un accroissement, parfois prohibitif sur le terrain, des honoraires à payer, une augmentation de la part forfaitaire du financement des MG : ex : les honoraires de disponibilité versus les honoraires de l'acte en garde.
3. **Une gestion de l'accessibilité à l'ensemble de la profession** :
 - Le prix des médicaments
 - Le TP en médecine spécialisée et la problématique des suppléments, en consultations et en hospitalisations, sorte de privatisation des soins de santé

Quel sens, en effet, a une augmentation de l'accessibilité à la première ligne, s'il y a trop peu d'accès à la médication prescrite et à l'examen ou l'avis spécialisé complémentaire ?

Dr Anne Gillet-Verhaegen - Vice-présidente du GBO

TICKET MODÉRATEUR EN GARDE

Le GBO a pris connaissance de la proposition des Mutualités Chrétiennes de diminuer le ticket modérateur des contacts avec la première ligne de soins durant les gardes de WE.

Le GBO se réjouit de cette tentative d'améliorer l'accessibilité de la première ligne.

Depuis longtemps le GBO demande que la première ligne de soins soit rendue plus accessible par une diminution importante, sans suppression totale, du ticket modérateur. Ceci serait une mesure permettant de pallier, un peu, l'absence d'organisation de l'offre de soins de santé en Belgique et de contrebalancer, un peu aussi, l'échelonnement à l'envers, constaté dans notre pays, qui oblige au passage chez le spécialiste pour toute une série de remboursements.

Mais le GBO ne peut pour autant que refuser la proposition des MC. En effet celles-ci mettent la charrue avant les bœufs en diminuant d'abord le ticket modérateur du WE avant de toucher au TM de la consultation normale. Cette mesure nous semble contre productive et ne pas donner un bon message aux patients qui peuvent penser : pourquoi s'organiser pour consulter en semaine, puisque le WE ce n'est pas ou à peine plus cher.

Par contre le GBO est prêt à soutenir toute proposition visant à rendre le TM peu élevé pour la consultation normale d'abord, de manière à recréer un réflexe de s'adresser en premier recours à la première ligne dont la fonction est de résoudre 80 à 90 % des problèmes de santé. Ceci acquis on pourra diminuer le TM des visites à domicile justifiées, puis enfin des prestations urgentes elles aussi, si elles se révèlent justifiées.

Parallèlement à ces réductions de ticket modérateur, et dans le cadre d'une bonne organisation des soins et d'une bonne gestion des prestations de WE, nous demandons avec insistance une gestion adéquate des recours directs injustifiés en salles d'urgences.

Dr Paul Kelchtermans
Membre du Bureau du GBO

Dr. Anne Gillet-Verhaegen
Vice-présidente du GBO



TS POUR LES DIABÉTIQUES : LES YEUX S'OUVRENT !

Introduction

La CNMM met en place un groupe de travail élargi pour analyser l'évolution des TSD après un an de fonctionnement et pour préparer l'échéance de l'évaluation qui doit survenir 4 ans après la signature des premiers contrats.

C'est le moment choisi par un nombre croissant de MG pour exprimer leurs réserves vis-à-vis d'un système qu'ils jugent compliqué, onéreux, sans intérêt pour les MG.

Qu'il s'agisse de MG isolés, de Cercles de MG, de MG-Action, etc.... tous réclament un véritable ECHELONNEMENT des soins.

En tant que Président du GBO, je trouve cette grogne salutaire. Pour mémoire, j'ai présidé le GT de la CNMM chargé de lancer les trajets de soins. Après 2 ans, le rapport que j'ai soumis à la CNMM a été torpillé par l'ABSyM.

Des experts de l'INAMI ont repris le projet en main. Il a fallu 4 ans pour arriver, en septembre 2009, à un compromis boiteux. Je suis le seul à avoir dès cet instant exprimé mon hostilité au TS diabète. Je ne pouvais évidemment pas me satisfaire d'un petit succès arraché au terme des négociations, à savoir la « formule MG autonome ».

Formule dans laquelle le MG gardait vraiment la main dans la prise en charge de ses patients diabétiques. Tant d'autres problèmes subsistaient que ce petit point positif était insuffisant pour recueillir mon adhésion au compromis global.

Après un an d'observation de la mise en route des TSD, je compte bien, avec le soutien de tous les MG contestataires, revenir sur tous les points litigieux. Passons-les en revue.

I) STATUT INAMI DU PATIENT EMBRIGADÉ DANS UN TSD

- NON à un contrat
 - Signé entre patient, diabétologue, MG
 - À renouveler annuellement
 - Débouchant après 4 ans sur une incertitude totale
 - Dont l'évaluation reste à faire
- OUI à un statut définitif
 - Déterminé par le MG pour ses patients
 - Sans remise en cause jusqu'à l'issue fatale
 - Qualifié de « patient nécessitant des soins complexes »
 - Donnant accès définitif à des avantages tels que des diminutions de TM et l'accès au matériel (glucomètre et tiges)

II) RÔLE CENTRAL DU MG, DOUCE ILLUSION...

- NON à un processus qui, contrairement aux beaux discours :
 - nie le rôle central du MG,
 - lui refuse l'approche globale du patient, ce qui est sa spécificité



- le confine dans un rôle de ‘mini-spécialiste en diabétologie’ par la signature d’un contrat qui le met sous tutelle du MS
- lui octroie un forfait de € 80 par patient et par an, ce qui se traduit, pour un groupe de ca. 10 patients (selon les hypothèses de l’INAMI), par une rentrée annuelle de € 800 par MG ! Pour le MS diabétologue qui verra 10 fois plus de patients, les honoraires atteindront € 8.000 par an.
- OUI à un MG
 - qui, à tout moment, TSD ou pas, prend en compte le patient dans toute sa globalité et avec toutes ses pathologies
 - décide de l’entrée de son patient dans le STATUT DE PATIENT NECESSITANT DES SOINS COMPLEXES
 - traite d’égal à égal avec le MS
 - reçoit une rétribution qui honore son rôle permanent de coordinateur des soins, de tous les soins. La traduction concrète en est que le MG devrait recevoir € 800 par patient sous statut, pour chaque année présente et à venir.

III) **ET EN DÉFINITIVE, QUELS GROUPES CIBLES ?**

- NON à des MS diabétologues qui ratissent large en traitant aussi bien les patients diabétiques complexes sous 2 et plus injections quotidiennes d’insuline - ce qui est effectivement leur mission dans le cadre des « conventions diabète » - que les diabétiques ‘simples’ qui gèrent eux-mêmes leurs prises d’antidiabétiques oraux ;
- NON à des MS diabétologues qui en signant des contrats TS étendent leur champ d’intervention aux diabétiques déséquilibrés malgré des doses optimales d’antidiabétiques oraux, malgré l’ajout des nouveaux « incréтино-mimétiques » (bietta...) et chez qui la prescription d’insuline (Lantus...) à la dose d’une injection par jour ne peut plus être différée. Ce groupe-cible doit rester sous la tutelle du MG.
- OUI :
 - à des MG qui supervisent seuls les traitements des diabétiques II, sous ADO et qui sont bien équilibrés
 - à des MG qui collaborent avec des MS diabétologues pour le suivi des patients complexes sous 2 et plus injections quotidiennes d’insuline, dans le cadre à revoir des « conventions diabète » des hôpitaux
 - à des MG qui portent toute leur attention à leurs patients diabétiques II dont la maladie dérape ; à eux de pousser aux doses maximales d’ADO ; à eux d’essayer d’introduire des ‘incréтино-mimétiques’ ; à eux de décider du bon moment pour le passage aux nouvelles insulines (Lantus, ...) et à eux de les prescrire en catégorie A tout simplement
- OUI donc à la formule « MG AUTONOME » que le GBO a défendue bec et ongles. Le MG reste l’artisan essentiel du passage à l’insuline pour des patients devenus « complexes »
- OUI à la formule GBO ; avec en finale les mêmes incitants pour les patients, et une même rétribution des MG, honorés pour leur travail de coordination (voir Point II)



IV) ET LES COLLABORATIONS !
VRAIMENT UTILES ?

- NON :
 - à des managers de réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) qui risquent à brève ou moyenne échéance d’entrer en conflit avec les responsables MG des Cercles de MG et les responsables de toutes les structures locorégionales de coordination œuvrant déjà sur le terrain.
 - à des managers qui, intervenant directement auprès de patients candidats aux TS, sortent de leur mission. Ils doivent se limiter au soutien de l’ensemble des prestataires d’une région donnée, pour une pathologie donnée
 - à des éducateurs formés sur le tas pour chaque TS présent et à venir, dont l’utilité ne paraît pas évidente
 - à des éducateurs à qui le pouvoir a été donné de déterminer si tel ou tel patient diabétique peut entrer dans le TS... (NB : qui a parlé de revaloriser la MG ?)
- OUI :
 - à des MG collaborant avec leurs partenaires traditionnels : infirmières de quartier, pharmaciens, kinés, assistantes sociales, centres de coordination, ...
 - à des MG qui, pour des patients diabétiques particulièrement difficiles, s’appuient sur les infirmières REFERENTES en diabétologie
 - à des MG qui, pour réduire la charge administrative générale qui s’abat sur eux, optent pour les contrats IMPULSEO II et III (imminents)

	LANTUS			
	←	←	←	←
Patient diabétique II	Sous ADO Bien équilibré Pas d’incitant	Sous ADO Non équilibré <i>Patient complexe</i>	Sous Lantus +/- équilibré <i>Patient complexe</i>	Sous insulines classiques Très difficile à équilibrer <i>Patient complexe</i>
		– TM ∇ – Glucomètre – Tigettes	– TM ∇ – Glucomètre – Tigettes	– sous convention diabète hospitalière (à revoir)
M/G	Honoraires habituels Pas d’incitant	Forfait coordination des soins X €	Forfait coordination des soins 2 X €	
		<i>MG SEUL</i>		
MS				<i>MS DIABÉTOLOGUE</i> Collaboration avec le MG Incitant Y

Dr Philippe Vandermeeren
Président du GBO



COTISATIONS 2011

**Rejoignez les médecins généralistes du GBO :
ce sont les seuls qui défendent vraiment la médecine générale !**

	< 5 ans de pratique	> 5 ans de pratique
MG SOLO	24 €	216 €
MG GROUPE	18 €	160 €
PENSIONNE		48 €

000-0196875-62

Groupement Belge des Omnipraticiens
68, Rue Solleveld – 1200 Bruxelles

Communication sur le virement : votre n° INAMI & année d'agrération
Une question ? N'hésitez pas à nous contacter

Tel : 02/538.73.65 – Fax : 02/538.51.05 – Email : secretariat@le-gbo.be – Site : www.le-gbo.be

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du

