



EDITION SPECIALE ELECTIONS – Mai 2010

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du



Perspectives 2015

Le MG selon le GBO en 10 qualificatifs

1. COMPÉTENT

La formation de base maintient la qualité malgré le passage à 6 années ; tous les étudiants en médecine font plus de stages pratiques dans le contexte de la médecine générale et sur le terrain hospitalier et ce de façon plus précoce (baccalauréat) ; la médecine générale est soutenue par les universités durant toute la durée du cursus.

Une régulation souple du nombre d'étudiants en médecine reste nécessaire : soit sous la forme d'une année préparatoire clôturée par un CONCOURS, soit sous la forme d'un EXAMEN après le premier baccalauréat.

Le nouveau statut du MG en formation professionnelle voit une amélioration de la qualité de ces 3 années sous l'égide du Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale dans lequel le GBO joue son rôle critique et constructif ; dans le même temps il existe une plus grande équité dans la rétribution des MG en formation.

Vu la moyenne d'âge des MG qui pratiquent et le nombre trop limité de MG entrants dans la profession, il faut supprimer le numerus clausus pour la médecine générale. Cela impose évidemment une réorganisation de la profession avec définition des missions et de la place de chacune des spécialités dans le système de soins de santé.

C'est **exclusivement l'agrément en médecine générale** qui certifie la compétence du MG : muni de ce véritable passeport personnel le MG a un accès total à l'exercice professionnel (numéro de code INAMI) et à toutes les prestations y afférentes (nomenclature du MG).

Carton rouge à l'autre syndicat qui veut réserver toute ou partie de la nomenclature aux seuls MG accrédités et/ou MG gérant des DMG.



2. COORDINATEUR DES SOINS DE SES PATIENTS

En 2015 chaque patient belge a un **DMG ouvert chez le MG de son choix** ; c'est un préalable à tout échelonnement des soins.

Carton rouge à l'autre syndicat : Il s'est depuis le milieu des années 90 toujours opposé brutalement au concept de DMG proposé par le GBO et ses alliés. A l'introduction du DMG et à son démarrage en 1989, l'autre syndicat a constamment mis des bâtons dans les roues, agitant au passage les menaces de contrôle du contenu du DMG par l'INAMI et les OA. Aujourd'hui encore il s'oppose à la prolongation automatique du DMG, ce qui faciliterait grandement la procédure.

L'échelonnement voulu par 70 à 80 % des MG est opérationnel ; la structuration du système de santé en 3 niveaux (MG en première ligne, MS à l'hôpital ou en pratique de ville en 2^e ligne, centres universitaires et assimilés en 3^e ligne) répond de façon structurée aux défis du vieillissement de la population et de la disponibilité toujours en progrès d'une technologie médicale de plus en plus performante et coûteuse.

Chacun donc à sa place : le patient aussi est invité à jouer le jeu en recourant d'abord à son MG ; les OA encouragent leurs affiliés dans cette voie ; MG et MS offrent des services le plus souvent complémentaires et non concurrents. Il ne s'agit donc pas d'une opposition entre MS et MG mais une meilleure organisation au vu des compétences de chacun. L'intérêt est double, pour le patient d'une part, la sécurité sociale d'autre part.

Carton rouge à l'autre syndicat : son principe est le libre accès à tous les MS, tous les hôpitaux pour les patients. A terme s'en suivra un réel chaos : c'est déjà le cas avec les MS qui désertent l'hôpital et font ensuite appel à des MG pour suivre leurs patients à l'hôpital. C'est « le monde à l'envers ».

La collaboration MG/MS a été radicalement revue. Ni l'échelonnement « Demotte » ni les trajets de soins n'ont donné aux MG la place centrale qu'il était censé occuper. Une nouvelle solution a été lancée, issue de la concertation.

Carton rouge à l'autre syndicat : le groupe de travail sur les trajets de soins a, sous la présidence du GBO, tenté pendant 2 ans de faire passer 2 idées : le patient à pathologies complexes et le MG figure centrale d'une prise en charge globale du patient. L'autre syndicat a saboté cette version. Par la suite il s'est contenté d'entériner passivement la formule compliquée et contestée qui a été imposée par les « experts » de l'INAMI. Fin 2009, le GBO a pu faire admettre son idée d'une prise en charge par le MG autonome, en solo des patients diabétiques. N'empêche : TOUT est à revoir !!

La prévention fait partie intégrante du travail quotidien du MG. Le DMG+, souhaité par la ministre de la santé, est en vigueur selon des modalités simples. Ce qui n'était pas le cas en 2010 !

3. SOLIDAIRES EN GARDE

Un des obstacles majeurs pour choisir la médecine générale et l'exercer sur le long terme, les gardes, a été surmonté.

De nombreuses dispositions ont été prises ces dernières années : rôle primordial des cercles, postes de garde, gardes de weekends et de semaines sous la responsabilité des cercles, honoraires de disponibilité, honoraires de garde revalorisés, ... Le GBO et ses



alliés sont quasi toujours à l'initiative dans ce domaine. Pour l'avenir le GBO soutient aussi :

- **Les différents projets pilotes qui auront pu exprimer leurs difficultés et échafauder des solutions**
- **La non obligation pour le MG de se déplacer au domicile**
- **La centralisation des appels**
- **L'aménagement de la garde dite de « nuit profonde »**
- **Le taxi social**

Toutes ces actions vont dans le bon sens et ont été renforcées sans cesse.

Pour une solution au problème des gardes, la solidarité entre tous les MG est essentielle. Sans elle, rien n'eût été durablement possible. La solidarité entre MG est la clé de voûte d'un système de garde population, domaine indiscutable de la médecine générale.

Garde de la population signifie en outre une intervention des pouvoirs politiques locaux, les communes et les provinces.

Une professionnalisation de la garde est envisagée aux moments et endroits où la MG ne suffit plus à garantir un service performant ... pour permettre aux MG de ne pas sacrifier leur propre santé physique et mentale à une mission impossible... sacrifice aux conséquences délétères pour les patients.

Carton rouge à l'autre syndicat : Au lieu d'investir à fond dans les formules ci-dessus, l'autre syndicat a proposé €2 de plus pour les consultations entre 18h et 20h. Défendable, certes, mais à contre-courant d'un renforcement indispensable des gardes organisées par les Cercles.

4. RÉTRIBUÉ CORRECTEMENT

La revalorisation des actes intellectuels – consultations et visite à domicile surtout – a enfin profité aux MG, ainsi qu'aux MS qui ne disposent pas d'une riche nomenclature d'actes techniques.

Carton orange à l'autre syndicat : Le Cartel/GBO-ASGB-SBMS (Syndicat Belge des Médecin Spécialistes) ont toujours prôné la primauté des actes intellectuels. C'est vrai que l'autre syndicat a épisodiquement et partiellement soutenu cette revendication. Mais il est certain que depuis 2009 il a repris ses bonnes habitudes de laisser les diverses spécialités s'affronter pour obtenir la plus grosse part du budget. Exit donc les quelques années de rééquilibrage.

Le **DMG a été honoré à sa juste valeur**, au fur et à mesure qu'ont évolué ses fonctions, de manière progressive et prudente tant que chaque citoyen ne disposait pas de son DMG. Cette situation conduit en effet à des disparités de rétribution des MG, liées elles-mêmes aux variations du nombre de patients avec DMG : 60% en Flandre, 30% en Wallonie et 25% à Bruxelles ce jour en 2010. Le patient sans DMG est lui aussi victime de cette discrimination.

Le GBO exige toujours le maintien **des 3 modes de paiement des MG qui a été renforcé** :

- par prestation : consultation, visite, actes techniques
- par patient : DMG
- par prestataire /pratique :
 - DMI
 - allocation à la pratique



- Impulseo
- Honoraire de disponibilité

Cette diversification convient bien à une pratique professionnelle aux multiples facettes. De plus elle contribue à une répartition plus équitable des revenus entre MG. Spécialement l'allocation par prestataire/pratique (actuellement les € 1.043) qui est la même pour tous les MG agréés qui font des gardes officielles et qui prestent au minimum 1.250 actes/an, conditions assouplies pour les jeunes MG. Cette allocation, qui est surtout profitable aux « petites pratiques » et/ou aux « pratiques partielles » dont la MG a particulièrement besoin en ces temps de pénurie annoncée, a été revalorisée. Le GBO a réclamé une forte hausse de cette allocation. L'objectif 2015 de € 5.000 est en vue.

Carton rouge pour l'autre syndicat : Il n'a eu de cesse de s'opposer à tous les forfaits, les qualifiants de mesures bureaucratiques, imposées par un Etat envahissant. Maintenant qu'il ne peut s'empêcher, par pragmatisme, de juger certains de ces forfaits intéressants, il s'en approprie la paternité !!!

Le GBO s'est attelé à promouvoir un **paiement des honoraires par voie électronique**. Nul doute que ce système s'imposera à l'avenir et facilitera grandement la vie des MG. Tout en simplifiant la pratique du tiers-payant. Le GBO exhorte les MG à recourir au tiers-payant pour les patients fragilisés. Le GBO, néanmoins, réclame pour le MG la liberté de refuser cette formule (situations exceptionnelles).

5. **ÉQUILIBRÉ**

Cela signifie 2 choses :

1. Préserver sa **vie de famille et de citoyen** :

- Le MG est en mesure de contenir son activité professionnelle dans des limites de temps qu'il se fixe lui-même.
- Il peut aussi s'appuyer de plus en plus sur ses confrères voisins pour travailler en groupes aux contours très souples, ou en associations de MG plus structurées.

2. Optimiser son activité professionnelle :

- Le premier combat ici est **d'éliminer la surcharge administrative** qui devient de plus en plus oppressante : règles de prescriptions de médicaments, trajets de soins, modules de prévention, etc. ... ; plus on avance, plus la machine INAMI produit des règles et encore des règles... morcellant ainsi la médecine générale... Avec une approche par pathologie (et par définition spécialisée) au détriment d'une approche intégrée et globale (et par définition générale).
- Le MG bénéficie d'une aide telle que développée par les IMPULSEO I et II (le II s'étant intégré dans le III).
- **L'informatisation** progresse; elle doit s'opérer **à pas comptés** en veillant scrupuleusement à ne pas nuire aux intérêts des MG, souvent plus âgés qui ne font pas ce choix.

⇒ Voilà pour le GBO des conditions d'une vie équilibrée. Le GBO a grandement contribué à cet objectif : en étant l'artisan principal d'IMPULSEO III, notamment.



6. RASSURÉ

Le début des années 2000 a été marqué par des débats tendus sur la loi de RESPONSABILISATION des médecins, voulue par le Ministre Vandembroucke.

Le ministre voulait que les médecins prennent bien conscience des impacts de leur activité, notamment, en matière de prescriptions de médicaments et d'actes techniques. Le souci était bien entendu la « qualité » des soins mais l'aspect « coût » était évidemment omniprésent.

Le GBO a contribué largement au compromis final en obtenant que la loi de Mars 2002

- cible des sur-prescripteurs bien définis ;
 - enquête de manière rigoureuse ;
 - permette aux médecins de se justifier ;
 - impose un monitoring de 6 à 12 mois avant toute sanction administrative ;
 - module les sanctions ;
 - accepte une tolérance de 20% dans le respect des recommandations de « bonne pratique » ;
 - crée une TRIPARTITE (syndicats, OA, scientifiques) pour « surveiller » la commission de prescription des médicaments.
- ⇒ 13 ans plus tard, la loi n'a pas été revue, le calme est revenu et il semble que le travail du SECM (Service Évaluation et Contrôle Médicale) recueille l'assentiment général. Hormis l'un ou l'autre épisode comme le contrôle/enquête des QUINOLONES. L'épouvantail du contrôle brutal n'inquiète plus l'immense majorité des médecins.

7. CONSCIENT DE SA FORCE

Le MG ne doute plus de son impact sur le système de santé ; il ne se sent tributaire ni des autorités, ni de l'INAMI, ni des OA, ni des experts...

Dans la négociation des accords médico-mutuellistes, qui rythment la vie médicale, il peut **décider librement, en toute autonomie, de son avenir et du modèle de pratique qu'il souhaite.** En 2015, un budget propre est réservé à la MG et géré par elle.

Bien entendu, en préalable, MG et MS débattent ensemble, sur un pied d'égalité, des grandes lignes de la politique à venir des Soins de Santé ainsi que de la répartition juste du budget des honoraires médicaux.

Les autorités politiques et les OA ont à cœur d'injecter dans le système des millions et des millions d'euros pour faciliter certains projets riches d'avenir : c'est ce qui s'est passé en 2002 pour revaloriser les consultations, les visites et le DMG (€ 20 – 30 – 25), pour lancer par la suite les cercles et les gardes (postes, honoraires de disponibilité...), pour soutenir les Impulseo et les Trajets de Soins, etc....

Le GBO continue à se battre pour plus d'autonomie des MG dans la CNMM et au CTM (Contrôle Technique Médical) notamment.

Carton Rouge à l'autre syndicat : Les MG de l'ABSyM ont toujours courbé l'échine devant les MS, que ce soit à l'intérieur de leur syndicat ou dans les structures de l'INAMI et de la Santé Publique.



8. **OPTIMISTE quant à sa carrière**

Le nouveau statut des MG en formation professionnelle doit dynamiser les jeunes MG et motiver les maîtres de stage.

Tout au long de sa carrière, le MG doit garder toutes les prérogatives d'un professionnel indépendant. Tout en collaborant avec les autres acteurs du système.

En fin de carrière, le MG doit pouvoir choisir le moment de prendre sa retraite, tout en bénéficiant de revenus financiers importants ; grâce au STATUT SOCIAL versé chaque année aux médecins qui acceptent la convention médico-mutuelliste et les honoraires y afférents, le MG doit disposer d'une pension libre complémentaire qui, ajoutée à la minable pension légale, lui permettra de couler des jours heureux.

Le Cartel/GBO-ASGB a toujours travaillé pour maintenir le système conventionnel et le STATUT SOCIAL qui en dépend ; des augmentations substantielles ont été réclamées ces dernières années ; le Cartel s'est aussi battu pour que le MG qui prend sa pension légale puisse décider de prolonger son activité professionnelle sans la crainte d'un plafond de revenu étouffant.

Carton Rouge à l'autre syndicat : Depuis la création de la CAISSE de PREVOYANCE des MEDECINS – aujourd'hui AMONIS – l'ABSyM s'est constamment opposé au système conventionnel et au STATUT SOCIAL ; toutes leurs manœuvres ont tendu à décrédibiliser le système, à refuser de renforcer financièrement le STATUT SOCIAL, à jeter le doute sur sa pérennité...

9. **CONVAINCU**

Le MG est toujours convaincu au plus profond de lui-même que **l'avenir du système de santé dépend de la place que la collectivité octroie à la médecine générale** ; si c'est une place centrale comme dans la plupart des pays européens, le MG sera la figure de proue d'une structure dynamique, prônant collaboration et complémentarité entre tous les acteurs.

10. **ENGAGÉ**

Afin d'améliorer la place de la médecine générale (et par la même, la sienne) dans les soins de santé, le médecin généraliste doit aussi s'engager dans son Cercle, son Rôle de Garde, son Dodécagroupe de la SSMG, son GLEM et, bien sûr, son Syndicat...

POUR DEFENDRE LE PRINCIPE MAJEUR QUI EST ET RESTE LE CONTRAT DE CONFIANCE ENTRE UN PATIENT ET SON MG

Syndicalement vôtre
Le bureau du GBO
www.le-gbo.be

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du

