



Mai – Juin 2009

SOMMAIRE

Edito : La parole au Président Vandermeeren	page 1
Diabète de type II : la formule alternative du GBO	page 3
DMG : Facilitez-vous la vie en facturant en tiers-payant	page 5
Impulseo III : les propositions du GBO pour améliorer et remplacer Impulseo II	page 7

EDITO : LA PAROLE AU PRESIDENT VANDERMEEREN

Le malaise des médecins généralistes n'en finit pas de se dissiper ...

Le GBO a, depuis des années, pris de nombreuses initiatives avec ses alliés flamands de l'ASGB :

- Revalorisation de 30 % des honoraires des médecins généralistes
- Introduction du DMG
- Introduction de l'honoraire de disponibilité
- Création des postes de garde
- Impulseo
- Allocation annuelle de pratique (€ 1.000)

Malgré tous ces efforts – soutenus quasi exclusivement par le GBO et l'ASGB à leur démarrage – **la médecine générale n'occupe toujours pas la place centrale qui lui revient dans un système de soins de santé qui se veut accessible, solidaire et performant.**

La raison principale de l'insatisfaction des médecins généralistes en activité et du manque d'attraction auprès des futurs médecins est l'ABSENCE D'ECHELONNEMENT DES SOINS



Le médecin généraliste est le médecin « que les gens aiment bien » et que les politiciens « encensent dans leurs discours ». Mais en réalité on dénigre sa compétence : **le médecin généraliste est, en Belgique, le médecin que l'on peut toujours court-circuiter !** Si les autorités publiques, les mutuelles, les partenaires sociaux, certains médecins hélas, refusent d'instaurer un système d'échelonnement rigoureux, il n'y aura pas de rôle central pour le médecin généraliste. **Et dans quinze ans il n'y aura plus de médecins généralistes !**

Et ce ne sont pas les solutions « bidon » telles que l'échelonnement soft à la Demotte, ou les pernicieux trajets de soins version 2009 qui y changeront quelque chose. Même la conception GBO des trajets de soins – où le médecin généraliste garde vraiment la main dans la prise en charge de ses patients diabétiques (lire page 3) – n'est pas assurée de réussir. Pire, le système ambulatoire est envahi par toutes sortes de « cliniques spécialisées » - de l'obésité, du dos, du vertige, des céphalées, ... et récemment ... de la femme – qui empiètent sur le travail du médecin généraliste. **Un véritable échelonnement des soins est la clé de la revalorisation de la médecine générale. Et en même temps, la garantie pour le patient des meilleurs soins.**

Pour enrayer la descente aux enfers de la médecine générale, le GBO a aussi tablé sur une **diversification des modes de paiement du médecin généraliste**. A côté du paiement exclusif à l'acte, PAR PRESTATION, en vogue jusqu'aux années 1980, le GBO, avec ses alliés flamands, a développé

- un paiement PAR PATIENT, le DMG
- un paiement PAR PRESTATAIRE sous la forme
 - o de l'honoraire de disponibilité
 - o des différents Impulseo
 - o de l'allocation annuelle de € 1.000 par pratique
 - o des postes de garde.

Ces initiatives ont indiscutablement augmenté les revenus des médecins généralistes

Les paiements par prestataire ont séduit :

- L'honoraire de disponibilité pour les gardes et les postes ont incontestablement aidé à une meilleure organisation de la GARDE DE POPULATION. Mais de grands défis sont encore à relever si jamais une pénurie de médecins généralistes devait s'installer dans les 10-15 années qui viennent.
- Les différents IMPULSEO ont recueilli beaucoup d'intérêts chez les jeunes médecins soucieux de s'installer (IMPULSEO I); le nouvel IMPULSEO III est attendu avec impatience par les médecins généralistes qui souhaitent travailler en réseaux, utiliser un DMG informatisé et/ou engager une aide administrative (lire les propositions du GBO en page 7).

Par contre et malheureusement, le **DMG** a été boudé par les médecins généralistes francophones. Qui se privent ainsi d'une importante source de revenus et qui d'autre part ne concrétisent pas le lien étroit qui les unit à leurs patients. **J'exhorte mes collègues francophones à faire un réel effort pour inscrire leurs patients dans leur patientèle** (lire page 5 comment vous faciliter la vie en facturant le DMG en tiers-payant).



L'avenir de la médecine générale, c'est aussi l'attrait qu'elle exerce sur les générations à venir. Pour cette raison, **le GBO soutient les initiatives de nos CENTRES UNIVERSITAIRES DE MEDECINE GENERALE pour mieux organiser la formation professionnelle des candidats médecins généralistes.** La formule « salarié » devrait au fil du temps se montrer la meilleure en dépit des critiques et des craintes – bien légitimes – de bon nombre de maîtres de stage ou de candidats médecins généralistes. Le GBO s'est étroitement impliqué dans toutes les négociations sur ce statut en se focalisant surtout sur l'aspect SECURITE JURIDIQUE et FINANCIER de la formule.

CONCLUSIONS

Ce petit tour d'horizon avait pour but principal de pointer le doigt sur **l'absolue nécessité, pour le médecin généraliste, d'obtenir un véritable et rigoureux ECHELONNEMENT DES SOINS.** Il indique aussi que le GBO est constamment en première ligne sur des tas de sujets.

Tantôt nous menons l'offensive en proposant des réformes (échelonnement, DMG, IMPULSEO, honoraire de disponibilité, etc ...).

Tantôt nous bataillons ferme, en commission nationale médico mutuelliste, pour obtenir un ACCORD MEDICO-MUT. Qui est toujours un compromis faisant appel à la raison des partenaires.

Tantôt nous adoptons une posture d'opposition radicale comme dans les TRAJETS DE SOINS pour patients diabétiques.

Vous pouvez nous aider de diverses manières :

- En intégrant nos instances, toujours ouvertes
- En payant votre cotisation au GBO
- En votant pour le CARTEL / GBO aux élections syndicales programmées en début 2010.

Merci d'avance,

Docteur Philippe Vandermeeren
Président GBO
Président CARTEL

DIABETE DE TYPE II : LA FORMULE ALTERNATIVE DU GBO

Le GBO a obtenu qu'à côté de la formule « TRAJET DE SOINS TOUT COMPRIS » (TSTC), soit ouverte une autre voie, plus simple, plus directe dans laquelle le médecin généraliste garde la maîtrise totale du traitement de ses patients diabétiques de type II : c'est la formule « **TRAITEMENT PAR LE MEDECIN GENERALISTE AUTONOME** » (T.MG.A).

Le T.MG.A est une **formule alternative** aux TSTC qui se déroule donc **hors TSTC** et qui organise la prise en charge et le suivi des patients diabétiques de type II qui ne répondent plus aux antidiabétiques oraux (ADO) et qui donc doivent être mis une fois par jour sous insuline (type Lantus).



Que fait le médecin généraliste ?

Le médecin généraliste garde en traitement, de manière indépendante et responsable, ses patients diabétiques sous ADO.

Lorsque le traitement ADO s'avère insuffisant, il assure en toute autonomie le passage à une injection d'insuline (type Lantus) en apprenant à ses patients le maniement du matériel (glucomètre, tiges, lancettes) et l'ajustement des doses.

Ensuite, le médecin généraliste continue l'éducation de son patient, comme il l'a toujours fait jusqu'à ce jour.

Quel est le suivi que le médecin généraliste doit effectuer vis-à-vis de l'organisme assureur du patient ?

Au début du traitement, le médecin généraliste doit en notifier la prise en charge à l'organisme assureur.

A tout moment, le médecin généraliste :

- Peut adresser son patient à un diabétologue ;
- Se faire aider par l'infirmière de quartier ;
- Envoyer son patient chez une diététicienne et/ou une podologue (avec remboursement intégral du ticket modérateur si le patient possède un passeport diabète).

Après un an de traitement, le médecin généraliste doit fournir au médecin conseil les résultats d'une analyse HBA1c effectuée durant les trois derniers mois qui précèdent l'échéance annuelle :

- Si le taux d'HBA1c < 7,5 %, le médecin généraliste et son patient sont repartis pour une nouvelle année ;
- Si le taux d'HBA1c > 7,5 %, le médecin généraliste peut proposer à son patient d'entrer dans un TSTC ;

Il n'y a donc aucune obligation de résultat mais bien une obligation de moyens

Avantages pour le médecin généraliste

Le médecin généraliste reste seul maître à bord, il n'est pas inféodé à l'éducateur en diabétologie comme c'est le cas dans la formule TSTC.

Avantages pour le patient

- ✓ Remboursement intégral des glucomètres, tiges et lancettes par son organisme assureur
- ✓ Accès à une nouvelle insuline lente, la Lantus, prescrite directement par le médecin généraliste
- ✓ Délivrance directe par le pharmacien du matériel et de l'insuline
- ✓ Accès maintenu aux diététiciennes et podologues grâce aux passeports diabète qui existent toujours

EN CONCLUSIONS

Le GBO a obtenu que le médecin généraliste soit respecté et que sa compétence soit reconnue avec la formule T.MG.A.

Cette formule permettra aux médecins généralistes de poursuivre la prise en charge de ses patients diabétiques de type II pendant des années encore. En cas de difficultés durant le traitement, le médecin généraliste aura toujours la faculté de proposer à son patient d'entrer dans la formule TSTC.



DMG : FACILITEZ-VOUS LA VIE EN FACTURANT EN TIERS-PAYANT

Tout d'abord, quelques statistiques assez éloquentes :

(Source : Inami – données au 31/12/2007)

	Nombre MG ayant au moins 1 DMG		Nombre MG avec > 250 DMG en moyenne		Nombre moyen de DMG par MG
Bruxelles	1.065	10 %	129	12 %	157
Wallonie	3.871	35 %	767	20 %	179
Flandre	6.177	56 %	5.451	88 %	454
Belgique	11.113	44 %	6.347	57 %	330

Lorsque l'on sait que le critère pour pouvoir bénéficier aujourd'hui de l'aide financière Impulseo II est, en moyenne, de 250 DMG par médecin généraliste travaillant en regroupement, il n'est pas étonnant que 80 % du subside Impulseo II soit utilisé par le nord du pays.

Il est dès lors **très important pour les médecins généralistes francophones de signer un maximum de DMG avec leurs patients**. Ne vous laissez pas décourager par l'aspect administratif du DMG. Il est en fait une synthèse du dossier médical déjà existant. Le DMG constitue une source importante de revenus. L'honoraire DMG a été porté à € 27,50 depuis le 1/1/2009 sous la pression du GBO. Le DMG est et sera de plus en plus une condition à l'octroi d'autres types d'allocations financières telles qu'Impulseo II, consultation de prévention, ...

Nous avons tous été confrontés au problème lié à l'ouverture et à la prolongation du DMG : nos patients rechignent ou même refusent de payer le double de ce qu'ils paient d'habitude pour une consultation. Le malaise est répandu et la solution est à portée de main : **la facturation en tiers-payant pour tous les patients**, fait passer le DMG plus facilement **en toute légalité**.

Quelle est la marche à suivre ?

Le tout premier DMG que vous ouvrez chez un patient donné doit et devra toujours être attesté par un code 102771.

Il est actuellement tout à fait légal de facturer ce code en tiers-payant de manière isolée pour tous vos patients, sans y ajouter la consultation ou la visite à domicile concomitante.



En pratique :

- Vous remplissez une attestation de soins pour la consultation ou la visite comme d'habitude.
- Vous remplissez une deuxième attestation de soins, qui comprendra :

1. Une vignette mutuelle
2. Le Nom du Patient
3. La Date et le Code 102771 dans l'espace réservé aux « Autres Prestations »
4. Le petit texte suivant, que vous ferez signer par le patient :

*« Je demande ce jour
au Dr (votre nom)
le DMG par 1/3 payant.*

ASD n°... (= le n° de l'attestation
précédente qui atteste la
consultation ou la Visite à
Domicile) »

(Signature du patient)

5. L'indication « 0 » dans la rubrique ad-hoc
6. L'indication « TP » sur la souche fiscale

A COMPLETER PAR LE TITULAIRE
SOMMELEH DE SOINS OU APPOSEZ UNE VIGNETTE DE L.O.A.
Nom et prénom du titulaire (patient)

Organisme assureur
Numéro d'inscription
Adresse du titulaire

ATTESTATION DE SOINS DONNES
A REMPLIR PAR LE DISPENSATEUR

Nom et prénom du patient :
Titulaire - Conjoint - Enfant - Ascendant (1)
Consultation - Visite (2)

Date : / / N° de nomenclature
Frais de déplacement
Autres prestations (2)

Date de la prestation	N° de nomenclature	Es-secr à l'OA	Date de la prestation	N° de nomenclature	Es-secr à l'OA

Prescrit par :
en date du : / / (jour et prénom)
N° de l'identification I.N.A.M.I. du prescripteur
Laboratoire ou appareillage ou service agréé sous le n° :
Date de la réception de la prescription
Le patient est hospitalisé / ambulante (1)
N° de l'établissement :
Service :

(1) Indiquer les numéros d'activités (2) Indiquer les numéros des activités

Identification du dispensateur : A.R. 15.07.2002 EUR 0R*0045/01

Date :
Signature du dispensateur

P.E.C.U. 0R*0045/01

Signature de : EUR



- Vous envoyez ces attestations périodiquement au service « tarification » des mutuelles concernées. Il est également possible de s'adresser à un organisme de tarification qui prendra toutes les formalités à sa charge, moyennant rétribution...



IMPULSEO III : LES PROPOSITIONS DU GBO POUR AMELIORER ET REEMPLACER IMPULSEO II

Afin de coller au mieux à la réalité économique supportée par les MG et afin de prendre en considération les multiples organisations des pratiques en Médecine Générale, le CARTEL / GBO a proposé à la commission nationale médico mutualiste de mettre à la disposition des MG **deux types d'allocation** en remplacement de l'actuel Impulseo II, en plus de l'allocation à la pratique et de l'allocation DMI qui existent déjà :

1. **Allocation pour le partage informatique des DMI**
2. **Forfait à l'embauche d'une assistante administrative**

Notre proposition sera discutée début juillet en commission nationale médico mutualiste.

Les types d'organisation des pratiques en Médecine Générale sont en effet multiples :

- Temps plein ou temps partiel,
- Informatisé ou non,
- Avec ou sans assistante administrative,
- Travaillant soit seul, soit dans le cadre d'un réseau 'informel', soit dans le cadre d'une association 'structurée'

Le coût réel d'un travail en réseau 'informel' ou en association 'structurée' par le biais d'un partage informatique des DMI est élevé :

- Investissement unique (par regroupement) : € 3.000 installation du réseau
- Frais annuels (par regroupement) : € 500 back up, ...
- Frais annuels (par MG) : € 1.800 connections G3, VPN, ADSL, ...

Il faudrait éviter que le coût informatique ne constitue un frein à l'association entre MG.

Le recrutement d'une assistante administrative, dans le respect de la législation sociale, engendre une charge salariale pour le / les MG qui signe(nt) un contrat de travail.

Pour l'octroi de l'allocation au partage des DMI **et/ou** du Forfait à l'Embauche, nous proposons d'appliquer le principe de la **proportionnalité sans plafond maximum** de manière à ne léser personne. Le multiplicateur appliqué est équivalent au nombre de MG concernés (de 1 à X MG).

Le GBO a proposé les forfait et critères suivants :

	Allocation Partage DMI	Forfait Embauche
Montant	€ 3.000 / regroupement (1 fois) € 500 / regroupement / an € 1.800 / MG / an	€ 5.500 par 1/3 ETP
Multiplicateur	Nombre de MG	Nombre de MG
Critères d'octroi	Contrat de partage DMI 125 DMG / MG	Contrat de travail Contrat d'association 150 DMG/MG en moyenne la 1ère année puis 250 DMG/MG en moyenne les années suivantes



Chaque MG bénéficie, en fonction de sa situation personnelle, et en plus de l'allocation à la pratique et de l'allocation DMI :

- Ou bien d'une seule des deux allocations (Forfait Embauche et Allocation de Partage des DMI doivent à notre sens rester possibles indépendamment l'un de l'autre) :
soit Allocation Partage DMI (avec au minimum un partenaire)
soit Forfait Embauche
- Ou encore des deux allocations ensemble

Il s'agit d'une **solution « à la carte »**, toutes les combinaisons étant possibles de manière à ne léser personne, pour autant bien entendu que les critères d'octroi soient remplis.

A titre d'exemples :

- Vous travaillez en solo et avez recruté une assistante administrative qui vous aide pendant 13 heures / semaine (1/3 ETP)
Vous bénéficiez alors chaque année d'un forfait embauche de € 5.500.
- Vous travaillez en solo, n'avez pas recruté d'assistante administrative mais vous avez créé un réseau informatique avec un de vos confrères de manière à ce qu'il puisse avoir accès aux DMI de vos patients lors de vos absences (et réciproquement)
Votre confrère et vous-même avez alors droit à une allocation de partage des DMI à hauteur de maximum € 7.100 la 1^{ère} année et € 4.100 les années suivantes.
- Vous travaillez en association avec 3 autres confrères et ensemble vous avez engagé 2 assistantes administratives qui prestent au total l'équivalent d'4/3 ETP. Par ailleurs, vous avez installé un réseau informatique au sein de votre pratique.
Votre association aura droit à € 22.000 (càd € 5.500 * 4) chaque année au titre du forfait embauche et à maximum € 10.700 au titre de forfait allocation partage DMI la 1^{ère} année puis € 7.700 les années suivantes.

Nous plaidons par ailleurs pour que la **mise en place opérationnelle** de l'attribution de ces allocations soit **simple** et engendre un **minimum de lourdeur administrative** pour les MG.

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

Médecin en activité :€ 216 (€ 18/mois)
Jeune médecin installé depuis moins de 5 ans :€ 24 (€ 2/mois)
Médecin de plus de 65 ans :€ 156 (€ 13/mois)
Médecin pensionné (cotisation de soutien) :€ 48 (€ 4/mois)
Affiliation de groupes : Contactez-nous au 02/538.73.65

000-0196875-62

Groupement Belge des Omnipraticiens
68, rue Solleveld – 1200 Bruxelles

Tél : 02/538.73.65 – Fax : 02/538.51.05 – Email : gbocartel@skynet.be – Site : www.le-gbo.be

Le GBO défend vos intérêts sous la bannière du

