



Groupement Belge
des Omnipraticiens

SOMMAIRE

Tiers payant social: l'obligation
qui pose question 1-5

Les facettes d'une planification
pragmatique 6-9

Statut social modulé: la barre à
25.000 euros 9-11

Les ingrédients d'OIP régionaux
convaincants 12-14

Assistants bruxellois: ne pas
bouder l'option PMG wallon
15-16

Des chiffres de
conventionnement à triturer
17-19

GBO Arguments
Périodique du Groupement Belge
des Omnipraticiens

Editeur responsable :
Dr Anne Gillet, 68,
rue Solleveld, 1200 Bruxelles

Bureau de dépôt :
Bruxelles X (P202148)

BELGIE - BELGIQUE

PP. 1070 BRUXELLES X

BC 1798

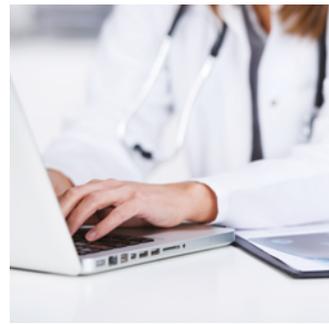
GBO ARGUMENTS - JUIN 2015

Tiers payant social obligatoire

UN LONG COMBAT CONTRE UNE FAUSSE BONNE IDÉE

On a abondamment parlé ces derniers mois – parfois sans sérier clairement les concepts - de tiers payant. Tiers payant tout court, tiers payant social, tiers payant social obligatoire, modalités de trans-

mission électronique... Quelle a été et quelle sera, dans ce dossier multifacettes, l'attitude du GBO ? Qu'a-t-il contribué à éviter ? A quoi les médecins généralistes doivent-ils s'attendre dans un futur proche ? Le point avec Marcel Bauval, vice-président.



Le GBO est parti de la question fondamentale: le tiers payant social obligatoire, tel que désormais inscrit dans une loi, est-il une mesure socialement utile ou non ?

A première vue, on aurait tendance à répondre oui, parce qu'elle va dans le sens d'un accès à la médecine générale facilité pour les populations précarisées. A la réflexion, y a-t-il un problème criant d'inaccessibilité aux soins ? Face à une détresse financière, la plupart des médecins généralistes proposent aujourd'hui de procéder en paiement différé, pratiquent d'initiative le tiers payant, voire renoncent à leurs honoraires...

>>> plus de détails en pages 2 à 5

>>> suite de la page 1

LE GBO NE SOUTIENT PAS L'OBLIGATION DU TIERS PAYANT SOCIAL ÉRIGÉE EN MESURE ISOLÉE

Même si face à une détresse financière, nombre de MG offrent des facilités aux patients (lire page 1), certaines enquêtes par interview révèlent que malgré tout, la Belgique souffre notablement de report de soins pour certaines populations précarisées.

Légiférer pour forcer à la pratique du tiers payant social paraît donc répondre à une réelle nécessité. Mais pour y répondre correctement, non seulement, l'accès aux soins de 1^{ère} ligne devrait être assuré totalement, si pas gratuit, mais **l'accès aux médicaments et aux soins de 2^{ème} ligne également**, pour autant qu'il s'agisse d'un renvoi circonstancié par le MG titulaire du DMG.

La balance défavorable d'une solution trop isolée

Il faut s'inquiéter, comme à chaque fois que l'on prescrit un traitement, des effets secondaires qu'il peut générer. Le fait de basculer vers un tiers payant qui s'impose aux médecins généralistes uniquement et confère aux patients une impression de (quasi-) gratuité peut avoir **des effets délétères non négligeables**.

- Le premier peut être une altération de l'image de la relation qui s'établit habituellement entre médecin et patient, marquée de confiance.



G Les médecins généralistes sont déjà coutumiers d'initiatives « de facilitation » quand ils voient leur vis-à-vis en précarité financière - travailler en tiers payant, proposer un paiement différé...

- Le second est un risque de surconsommation, une dérive qu'on pourrait observer dans le chef du patient voire du prestataire.
- Enfin, et c'est peut-être là le danger le plus sournois, l'acte médical risquant la dévalorisation, il peut y avoir perte de responsabilisation du citoyen-patient: - « après tout, ce qui ne coûte rien, ne vaut rien ! » - tant vis-à-vis de sa propre santé que vis-à-vis des coûts supportés par la collectivité.

«Alors, comment faire comprendre à une profession peu choyée par les facultés de médecine et malmenée par une désorganisation du système des soins de santé, que

la perte de sa valeur monétaire peut se muer en un pas vers plus de justice sociale et en un avantage décisif dans la concurrence que lui impose la pléthore de spécialistes en Walbruxie ? La justice sociale, on la rêverait à tous les étages du système des soins. Et l'obligation n'est pas une bonne façon de parler à ceux qui cherchent le respect. » (Pierre Drielsma, bureau du GBO)

Bref, lorsque qu'on fait la balance risques/bénéfices de tout ce qui précède, force est de constater que les effets néfastes aujourd'hui encore pèsent trop lourd. **Le GBO n'est donc pas partisan de l'obligation du tiers payant social érigée en mesure isolée pour promouvoir l'accès intelligent aux soins de 1^{ère} ligne.** Et c'est pour cette raison qu'il a rejoint d'autres associations protestataires pour former un front, non pour des raisons doctrinaires, mais en ayant examiné les choses rationnellement.

Alerter le monde politique

Quoi qu'on pense du tiers payant social obligatoire, il est désormais inscrit dans une loi votée en 2012 et dont les arrêtés d'application sont en préparation. Même s'il a analysé la mesure comme peu bénéfique, le GBO est une organisation respectueuse des mécanismes démocratiques qui guident le processus législatif. **Pour espérer faire encore bouger les choses, ce sont les décideurs politiques qu'il faut atteindre.** Le GBO a donc mis en œuvre des actions de sensibilisation du monde politique aux effets pervers peu soupçonnés de cette mesure. Il cherche à démontrer aux élus en quoi il s'agit d'une

idée prématurée, il suggère qu'elle soit minutieusement évaluée et surtout, il recommande d'éviter dans le contexte actuel tout élargissement de sa portée. Pour rappel, il était question sous la direction de la ministre Laurette Onkelinx que l'obligation de pratiquer en tiers payant social s'applique non seulement aux patients BIM mais également à tous les malades chroniques.

Le moins inconfortable possible pour le MG

Parallèlement à cette opération de conscientisation des décideurs, le GBO s'est employé ces derniers mois – puisque jusqu'à preuve du contraire l'obligation du tiers payant auprès des bénéficiaires de l'intervention majorée en consultation est imminente (lire infra) – à se battre pour arrondir les angles au niveau des modalités pratiques.

Le GBO a beaucoup bataillé en médico-mut ces derniers mois pour que ces modalités soient de la plus grande simplicité administrative possible pour les médecins et ne s'ac-



>>>

compagnent pas d'un **préjudice financier**. A l'origine, c'était un arrêté très contraignant qui a été soumis à l'INAMI aux représentants des médecins. Certains mutuellistes s'accrochaient à des exigences tout bonnement impraticables dans l'exercice journalier de la médecine générale. Ils réclamaient notamment qu'il y ait lecture en ligne de la carte d'identité électronique (eID) du patient bénéficiant du tiers payant social à chacun des contacts de celui-ci avec le généraliste. Mais que faire du nombre non négligeable de patients qui, en consultation, n'auront pas leur carte avec eux, n'en auront pas du tout, l'auront égarée, ou dont la puce sera illisible... ?

Assouplissement des exigences et report à octobre

Le GBO s'est longuement opposé à ces exigences irréalistes avec, il faut l'admettre, la compréhension de l'administration qui s'est évertuée à trouver des solutions. A la dernière séance de la médico-mut avant de mettre ce numéro à l'impression (18 mai), le GBO a pu prendre connaissance d'une **proposition**

de texte que l'on peut qualifier de plus acceptable. Elle ne rencontre certes pas toutes les améliorations qu'il avait appelées de ses vœux mais, à tout le moins, cette idée de lecture répétitive de l'eID a été abandonnée s'il existe une relation entre le patient bénéficiaire et le médecin incarnée par le DMG.

Revendication de la possibilité de pratiquer le tiers payant pour tout patient qui en fait la demande motivée par des raisons personnelles ou sociales

Une difficulté technique de dernière minute, enfin, a changé la donne. Il est apparu que les producteurs de logiciels médicaux, lesquels sont supposés servir à la facturation électronique, ne seront pas prêts avec cette nécessaire fonctionnalité pour l'échéance du 1er juillet 2015. Or, l'accord médico-mut 2015 convenait précisément que **le tiers payant social obligatoire ne pouvait**

OPPOSITION À	
l'obligation de tiers payant social (TPS)	l'impraticabilité des modalités pratiques
<p>Action de sensibilisation du monde politique pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alerter des effets pervers potentiels • réclamer une évaluation • éviter l'extension de l'obligation à d'autres actes/catégories de patients 	<p>Investissement en médico-mut pour éviter, entre autres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la lecture de l'eID à chaque contact • les pertes d'honoraires • les reçus de transparence trop compliqués • l'obligation du TPS sans la garantie d'une facilité de gestion électronique pour chacun • la charge financière du TP sur les épaules des MG. C'est bien à la sécurité sociale de payer le coût de son obligation légale

Si l'obligation du TPS se confirme, le GBO propose que sa mise en oeuvre se conçoive alors selon le concept du chapitre II du remboursement des médicaments, avec une marge de 20% de non respect de l'obligation pour répondre aux cas exceptionnels.

prendre cours qu'au moment où la facturation électronique serait intégrée de façon simple dans les logiciels labellisés. Constatant cette carence, le président de la médico-mut, Jo De Cock, a déclaré s'en référer à la ministre de la Santé. Au dernier comité de l'assurance, le 1er juin 2015, Maggie De Block a par la voix du commissaire du gouvernement fait savoir que, sans modifier la loi, elle en reportait l'application au 1^{er} octobre 2015

Ne pas désarmer

Que retenir de cette saga, et qu'espérer pour la suite ? L'opposition du GBO à l'obligation de tiers payant social est dictée par une analyse rationnelle, sans œillères doctrinaires ou corporatisme exacerbé. Cette opposition va dans l'intérêt du patient, de la santé et des finances publiques. Cette conclusion n'est pas partagée par tous. La Flandre, par exemple, est moins rétive au tiers payant obligatoire. Le GBO a cependant l'intention de **persévérer dans ses efforts pour alerter le monde politique des effets potentiellement pervers de cette coercition, le prier d'instaurer des mécanismes d'évaluation de son impact et, surtout, de ne pas s'embarquer dans son extension sans concertation avec les MG.**

Le GBO se montrera également **combatif à propos des modalités technico-administratives**. Un point, par exemple, n'a pas été tranché, celui du reçu (avec montant perçu et remboursé) qu'en vertu de la loi de transparence le médecin est supposé établir et remettre à chaque patient qu'il fait bénéficier de tiers payant en procédant par facturation électronique. Les modèles de document proposés en médico-mut sont encore beaucoup trop compliqués.

Une action multidimensionnelle

Garantir l'accessibilité aux soins appelle à un **plan global de réforme du système des soins de santé et de la 1^{ère} ligne en particulier**. Cette réforme nécessite un corps généraliste étoffé et rajeuni pour organiser le tournant nécessaire. Une intensification de la diversité des paiements des MG par une majoration des forfaits et des incitants financiers, une incitation à l'échelonnement, aux regroupements pluridisciplinaires, une culture de la qualité et de son auto-mesure permanente sont les ingrédients indispensables à la valorisation de la MG. Il faut se garder de ne toucher qu'à un mécanisme, le paiement, à l'exclusion des autres. **L'obligation du tiers payant social est aujourd'hui vécue comme une nouvelle dévalorisation de la médecine générale à ses propres yeux - au risque de l'être aux yeux de tous.** Il faut en tenir compte. L'accessibilité aux soins se doit d'être l'aboutissement d'une revalorisation intellectuelle, morale et économique de la profession.

Planification de l'offre en MG

RIEN DE MANICHÉEN, SVP !

A en croire le premier jet, technique, du « cadastre dynamique » promis par la ministre de la Santé, on s'oriente vers une restriction progressive de l'offre en généralistes, en particulier au sud du pays. Le GBO défend quelques grands principes à respecter lors de toute réflexion et action de planification.

Le sujet de l'offre médicale actuelle et future, dont la densité en médecins généralistes, n'en finit plus de s'inviter dans l'actualité. L'angoisse des étudiants en médecine dans l'incertitude de recevoir un numéro INAMI a remué l'opinion, les escarmouches De Block-Marcourt - avec le geste des numéros libérés contre un filtrage de l'accès - ont ce petit côté piquant d'opposition idéologique et communautaire qui fait les feuillets médiatiques, et les récentes fuites dans la presse sur le premier jet du cadastre ont soufflé sur les braises, avec des titres prophétisant l'avancée de déserts médicaux...

Il n'en demeure pas moins que, derrière l'arithmétique du numerus clausus fédéré qui se frotte au couperet du contingentement fédéral, se joue aussi l'efficacité et la santé financière d'un système assurantiel, qui rembourse à la population les honoraires de ses professionnels (para)médicaux. Que ceux-ci soient trop peu nombreux pour satisfaire les besoins en soins, et, Lapalissade, les gens seront tardivement ou expéditivement pris en charge. Que les dispensateurs soient trop nombreux et cela



🗣 Il y a plus d'un débouché aux études de médecine : pratiquer, bien sûr, mais aussi se diriger vers des filières hors cadre INAMI (dans les mutuelles, l'assurance, l'expertise, la recherche...). En tous les cas, les règles doivent cesser de changer en cours de cursus !

génère un risque larvé de les voir produire des actes médicalement non nécessaires.

Définir combien de médecins généralistes il faut former pour coller à une demande non induite n'est pas chose aisée, les MG n'étant pas des robots paramétrables fonctionnant sur le même tempo, abattant une tâche unique pendant une durée prédéterminée. Il y a de grandes variations entre les individus qui composent la communauté généraliste, selon l'équilibre vie professionnelle/vie privée que chacun veut se garantir, la durée moyenne qu'il consacre à un contact-patient, son plan carrière qui peut inclure du panachage d'activité...



« Temps pleins » d'hier et d'aujourd'hui

Un constat est peu contesté : les générations plus jeunes - et plus féminines - de généralistes n'adhèrent plus à une vision sacerdotale du métier. Par conséquent, si on compte en « tête de pipe », et même en tête de pipe supposément temps plein, il faut pondérer les enseignements à tirer d'un recensement : un MG du 21^{ème} siècle n'équivaut plus, en termes de force de travail, à un MG d'il y a 20 ans. En outre, une nuance communautaire supplémentaire ne serait pas un luxe pour affiner les résultats d'un décompte: le « MG étalon » en Flandre est traditionnellement un homme, de 55 ans, qui abat 60 heures/semaine – ce n'est pas un profil universel, ni un modèle enviable partout, par tous et pour toujours.

Quasi 10% des actifs ont plus de 65 ans

Où en sommes-nous, aujourd'hui, dans les manœuvres de dénombrement des MG ?

Une première mouture du cadastre promis par la ministre De Block révèle clairement que l'on va **vers une restriction progressive de l'offre en MG**, en particulier du **côté francophone**, où les sous-quotas de généralistes sont utilisés *larga manu* par les facultés pour produire des spécialistes surnuméraires. Pour citer la commission de planification : *la répartition par âge est très préoccupante, elle révèle 9,9% d'actifs de plus de 65 ans, et qu'une majorité des actifs (62%) sont âgés de 45 à 64 ans, les moins de 45 représentent 28,1% des effectifs. Et la commission d'ajouter : entre 2004 et 2012, les effectifs sont en légère diminution (-0,7%), alors que la population a augmenté de +7% sur la période (faites vos calculs !).*

Pour nous consoler, la commission déclare que : *les généralistes investissent beaucoup de temps dans des activités pour lesquelles ils sont surqualifiés. C'est exact, et ils sont aussi parfois aussi « dysqualifiés »* (pour les tâches administratives par exemple). Ce que la commission omet pudiquement, c'est que les spécialistes aspirent des tâches qui devraient être réalisées en première ligne, entre autre par les MG. Par exemple, le frottis de col et la prescription de la contraception.

Par ailleurs, l'intensification des soins à domicile nécessitera une force de travail MG accrue. Le bilan net de ces flux montants et descendants n'est pas connu, mais ne rassure pas du tout la profession sur son sort.

>>>



📍 Inutile d'espérer un cadastre fin sans y injecter l'input des cercles, entités les plus au fait de l'offre et la demande locales.

Les principes défendus par le GBO

On l'a vu, pour façonner une offre médicale réaliste, il faut donc tenir compte de paramètres pluriels. Le GBO tient à une série de points à respecter dans les opérations de planification :

- **Pas de changement de règles intempestif** en cours de cursus. Un étudiant doit savoir, dès le départ, quelles seront ses possibilités, en fin de parcours, d'exercer dans le cadre AMI
- Tous les étudiants engagés dans le cursus **doivent obtenir un numéro INAMI**, en priorité dans les disciplines en pénurie (médecine générale, gériatrie, pédopsychiatrie...)
- Un certain filtre à l'accès des études peut être envisagé, comme **un examen d'entrée**, mais l'épreuve ne doit pas se focaliser sur les « sciences dures » ; elle doit également jauger les compétences humaines et relationnelles
- La médecine générale doit être **sincèrement encouragée dans les facultés**, et les quotas MG-MS respectés (en théorie, la ré-

partition est de 43-57%*, or on approche davantage d'un 25-75% en faveur des spécialistes)

- Les **professions qui nécessitent un diplôme de médecin** mais ne supposent pas de pratiquer dans le système INAMI (santé publique, médecine d'expertise, du travail, scolaire, planning familial, centres pour toxicomanes, etc.) doivent être valorisées et financées structurellement. L'exercice panaché du curatif et du préventif doit être facilité.
- Tout cadastre qui se respecte doit être réalisé **en y impliquant les cercles de MG**. Ce sont les entités les plus à même d'identifier les pénuries locales en confrères et consoeurs et d'éventuels besoins spécifiques.
- Il est **indispensable d'oser le débat de la planification à l'installation** selon les besoins de la société : dans quel territoire, pour quelles tâches, sommes-nous en pénurie ?
- Le **travail connexe à la pratique curative doit être facilité** : recherche en médecine générale, défense professionnelle, organisation du métier, formation en journée et

* AR du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale

non le soir ou le week-end, ce qui réduit le travail curatif par ETP.

- Une vaste réflexion doit être menée sur la **répartition des tâches entre intervenants des soins**, dans une optique de subsidiarité : un acte doit être posé par la personne la plus adéquate à l'endroit de contact le plus approprié pour le patient. C'est une **culture de multidisciplinarité et de coordination des actions** qu'il faut développer, toujours dans l'intérêt du suivi de ce dernier.
- La réorganisation des 2^{èmes} et 3^{èmes} lignes de soins doit être soutenue. Le **médecin spécialiste doit voir confirmé son rôle d'expertise en soutien de la 1^{ère} ligne** - et non le contraire comme trop souvent encore aujourd'hui (les MG sont utilisés en renfort dans les hôpitaux pour combler les professions hospitalières en pénurie).

La majorité choisit de se spécialiser ailleurs qu'en MG...

Des études du KCE montrent en Belgique une diminution du nombre des médecins cliniciens en médecine générale. Actuellement, les quotas ne sont pas remplis. Le numerus clausus ne change donc rien au nombre de médecins généralistes formés car la majorité des étudiants choisissent de se spécialiser, ce dont les facultés sont en grande partie responsables.

Extrait de « La saga du numerus clausus », Drs H. Jamart, P. Drielsma, O. Mariage, bureau stratégique de la Fédération des maisons médicales, revue Santé Conjuguee n°70, mars 2015

Statut social modulé en fonction de l'activité

LA BARRE À 25.000 EUROS

Pas de changement cette année, mais, dès l'an prochain, les médecins généralistes conventionnés dont l'activité n'atteint pas 25.000 euros en remboursements INAMI ne pourront plus tabler sur un statut social intégral. Le GBO propose des pistes d'affectation des économies que la mesure dégagera.

Cela faisait des mois et des mois que l'INAMI lorgnait vers un mécanisme de modulation du statut social en fonction du volume d'activité du médecin qui le reçoit. La logique guidant ces velléités de rabotage est limpide: un médecin touche des avantages sociaux en vue de la constitution d'une rente ou une retraite parce qu'il limite ses prétentions, en matière d'honoraires, aux tarifs conventionnels. S'il n'a qu'une petite activité clinique dans le cadre INAMI, le manque-à-gagner généré par le fait de s'en tenir aux tarifs de l'accord est moindre. Dès lors, la contrepartie devrait l'être aussi.

Pas demandeur

Peu emballé par la perspective d'une diminution du statut social pour certains

>>>

4.535 et 2.200 euros en 2015

Le montant du statut social est fixé d'année en année, par arrêté. A titre indicatif, les montants décidés pour 2015 sont de 4.535 euros pour les médecins ayant adhéré à l'accord national médico-mutualiste 2015 pour leur activité professionnelle complète et de 2.200 euros pour ceux qui se sont partiellement conventionnés.

confrères et consoeurs (*), le GBO s'est employé à ce que cette proportionnalité ne lèse pas trop de monde en poussant à l'adoption de seuils raisonnables. Il réclame encore, à l'heure qu'il est, que les économies produites par la mesure - des estimations faisaient état, en 2013, de 13 millions d'euros, mais il faudra affiner les calculs une fois le système lancé - ne soient pas perdues par les médecins mais réinjectées dans leur enveloppe (lire page suivante)

Le principe de la proportionnalité du statut social a fini par triompher lors des concertations médico-mut. Il a été consigné dans l'accord 2015. Ce printemps, un groupe de travail s'est employé à en préciser les modalités, tandis qu'un projet d'arrêté royal sur lequel la médico-mut est appelée à se prononcer voyait le jour.

Démarrage en 2016

Que va-t-il se passer, désormais ? Premières précisions de calendrier: le nouveau mécanisme n'est supposé entrer en vigueur qu'à partir de 2016; d'autre part, on remonte,

pour le contrôle du volume d'activité, deux années avant celle sur laquelle portent les avantages sociaux. Soit, pour 2016, à l'année 2014.

En pratique, un seuil d'activité a été fixé - exprimé non pas en nombre de consultations et de visites mais bien en montant dépensé par l'INAMI pour rembourser ces prestations. Ce seuil a été établi de prime abord pour la médecine générale, en guise de « point de départ » pour extrapolation aux autres spécialités médicales, qui sont honorées différemment (**). Ce seuil est de 25.000 euros/an.

Si ce cap est franchi, aucune variation de statut social n'est à redouter par le confrère ou consoeur conventionné. Les médecins qui atteignent la moitié du montant (donc qui se situent entre 12.500 et 25.000 euros de prestations remboursées) peuvent prétendre à des avantages sociaux réduits, en l'occurrence à la somme réservée pour les MG qui ont adhéré partiellement à l'accord.

Il est également attendu des confrères et consoeurs qui exercent dans des structures comme les maisons médicales, au forfait ou sans prestations établies à



leur nom, qu'ils atteignent un seuil d'activité équivalent aux 25.000 euros. Ils devront produire une déclaration sur l'honneur écrite indiquant que c'est bien le cas pour l'année de référence, affirmation susceptible d'être par la suite vérifiée, via différents mécanismes de contrôle, par l'INAMI.

Tolérances

Le système est assoupli pour les assistants en MG et les MG agréés depuis moins de cinq ans lors de l'année de référence: ils ne sont pas soumis à la condition du seuil d'activité. Assouplissement également pour les confrères et consœurs ayant été en incapacité de travail ou en repos de maternité lors de l'année de référence: le seuil descend proportionnellement à la durée de l'inactivité. Une procédure administrative sera instaurée pour les contestations.



Le GBO pour une redistribution ciblée

Le GBO réclame que l'argent dégagé par la médecine générale via le nouveau dispositif retourne à la médecine générale, et plus spécifiquement à certains de ses praticiens:

- **Les consœurs qui viennent d'accoucher**

Le GBO propose l'octroi d'une allocation de maternité équivalente à l'indemnité versée par les mutualités, ce qui permettrait de faire passer le congé de maternité des femmes médecins de 6 à 12 semaines.

- **Les assistants**

Le GBO propose un statut social doublé pour les assistants en médecine générale, qui sont soumis à régime *sui generis* en vertu duquel ils ne cotisent pas pour leur pension;

- **Le reste des MG conventionnés**

Le GBO suggère, s'il reste des moyens, de relever les avantages sociaux des médecins conventionnés dans leur ensemble.

(*) lire dans le GBO Argument de septembre 2013

« Modulation ne doit pas rimer avec confiscation »

(**) pédiatres, psychiatres, spécialistes en médecine aigue et d'urgence sont, comme les MG, à un seuil de 25.000 euros; puis on arrive par exemple à +/- 28.000 euros pour les oncologues et dermatologues, 52.000 les chirurgiens, 53.000 les pneumologues, 54.000 les gériatres, 72.000 les gastro-entérologues, 81.000 les cardiologues, 120.000 les anatomopathologistes, 137.000 les spécialistes en biologie clinique, pour culminer avec les spécialistes en radiothérapie-oncologie à 190.000.

Transfert de compétences

LES INGRÉDIENTS D'UN OIP CONVAINCANT

La 6ème réforme de l'Etat a déplacé certaines prérogatives fédérales en matière de santé dans l'escarcelle des entités fédérées. Celles-ci se sont attelées à la construction, comme réceptacle des nouvelles compétences, d'un OIP, soit un « organisme d'intérêt public ». Tant la Wallonie que Bruxelles ont résolu de s'inspirer du modèle inamien – c'est-à-dire axé sur une gestion paritaire et systématisant la concertation avec le terrain. Reste à savoir dans quels organes exactement et comment (mode consultatif, mode délibératif ?) les MG seront impliqués dans les OIP en devenir.



Où en sont les travaux ?

Du côté de la Région wallonne

Le cabinet de Maxime Prévot, ministre régional de la Santé, a entrepris ce printemps de rencontrer, entre autres, les différentes organisations constituant la 1ère ligne de soins. Il leur a fait part de l'architecture envisagée pour l'OIP - actuellement dit « de couverture sociale et de la famille » et allant gérer les compétences de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et des allocations familiales. Les acteurs ont été priés de communiquer, en retour, leurs réactions.

Pour schématiser, il est question que l'OIP wallon possède un Conseil général, organe de gestion principal, et se compose par ailleurs de trois branches (santé & aînés, personnes handicapées et famille), pilotées par des comités associés aux décisions stratégiques, comme la confection du budget par exemple. C'est dans la branche « santé & aînés » qu'on retrouverait essentiellement le corps médical, et notamment mais pas exclusivement, pour ce qui est de la médecine générale, dans sa commission « soins de

1ère ligne » supposée négocier et conclure des conventions.

Le ministre devrait présenter les grandes lignes du futur OIP wallon au gouvernement de la Région wallonne encore dans le courant du mois de juin

Du côté de la Région de Bruxelles-Capitale

La construction de l'OIP bruxellois relève directement du ministre-président Rudi Vervoort. La consultation des acteurs et secteurs n'a pas encore eu lieu.

Comme d'autres organisations représentant les dispensateurs de soins, le GBO a rendu sa copie au ministre Prévot, porteuse de nombreuses suggestions par rapport au projet qui lui était soumis. Il n'avait pas de retour à l'heure de la rédaction de ce périodique, et attendait de savoir comment serait organisé le tour suivant de consultations.

Le GBO approuve et appuie la démarche du FAG

A la mi-mai, le FAG (le Forum des associations de médecins généralistes, rassemblant les cercles francophones) a pris l'initiative de réunir autour d'une même table les organisations représentant les médecins généralistes (syndicats, SSMG, Fédération des maisons médicales), les différents prestataires indépendants de la 1ère ligne: pharmaciens, kinés, dentistes, infirmières... - et les structures de soutien comme les RLM, les SISD...

Le GBO salue cette heureuse initiative qui a permis aux métiers d'établir le contact et de discuter de leur représentation à l'OIP. Il s'inscrit pleinement dans cette dynamique de concertation.

>>>

Un siège d'expert pour la SSMG

Le GBO estime qu'un organe scientifique tel que la SSMG devrait, d'office, être intégré dans l'une des entités qu'il est prévu de créer, à côté du conseil général: le conseil stratégique et de prospective, entre autres chargé d'éclairer le gouvernement wallon sur les problématiques et les enjeux à long terme de la politique de santé.

Pour le GBO, l'expertise de la SSMG - qui observe et accompagne par ses formations notamment les évolutions dans la pratique de la médecine générale - justifie qu'elle siège dans cet organe de réflexion. Les départements de médecine générale et des écoles de santé publique des universités francophones devraient être de la partie également.

Le GBO soutient aussi la présence de la SSMG, à titre consultatif, partout où la médecine générale sera représentée et à titre délibératif au niveau de la commission promotion-prévention (lire page suivante).

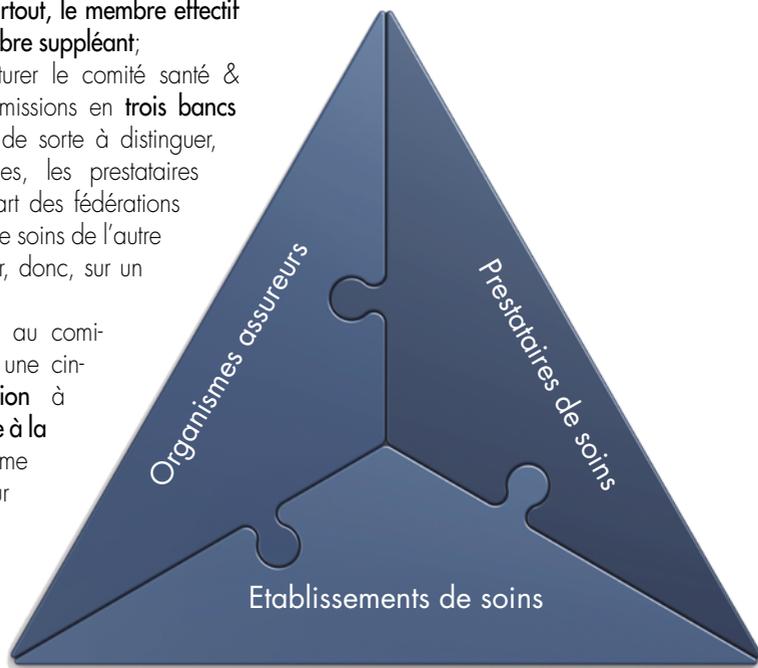
Cela étant, pour concrétiser cette présence, il est impératif ici également (lire page suivante) la question du financement des représentants des médecins) de prévoir des fonds publics. Ils permettront à la SSMG de participer de façon active et productive à ces cénacles stratégiques, en la libérant par la même occasion de sources financières privées telles le sponsoring des firmes pharmaceutiques.

Lors de ce premier rapprochement à l'instigation du FAG, le GBO a, outre l'idée d'inviter dorénavant aussi des représentants des infirmières salariées des coordinations (FASD, CSD...), émis quelques remarques par rapport au projet du cabinet Prévot. Sans entrer dans les détails article par article, disons que le GBO:

- demande une **définition fine** de ce que recouvre l'expression « **prestataire de soins de 1^{ère} ligne** » et s'inquiète d'avoir vu plus récemment évoluer celle-ci, dans les documents du cabinet, en « prestataire d'aide et soins »;
- veille à la possibilité matérielle des médecins de siéger dans les différents organes: il faut **doubler, partout, le membre effectif** nommé **d'un membre suppléant**;
- propose de structurer le comité santé & aînés et ses commissions en **trois bancs plutôt que deux**, de sorte à distinguer, face aux mutuelles, les prestataires de soins d'une part des fédérations d'établissements de soins de l'autre (sans les mélanger, donc, sur un banc unique);
- suggère d'ajouter au comité santé & aînés une cinquième **commission** à part entière **dédiée à la prévention** (au même titre que celle sur la 1^{ère} ligne, les hôpitaux, la santé mentale et les aînés).

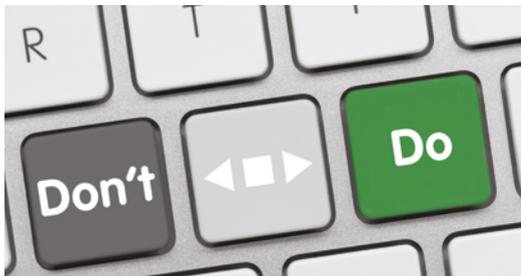
Le nerf de la guerre

Le GBO a également soulevé la très pragmatique question du **financement des représentants** des prestataires de soins, qui sont essentiellement des dispensateurs indépendants ayant toujours leur propre activité clinique, **de sorte qu'ils puissent participer régulièrement et efficacement au mécanisme de concertation**. Les syndicats médicaux, lorsqu'ils négocient à l'INAMI, voient cette mission financée. Il doit en être de même à l'échelon régional, si l'on veut que les émissaires des médecins généralistes puissent assumer pleinement leur rôle.



Assistants bruxellois
en manque d'heures de garde

UNE SYNERGIE FRANCOPHONE D'UN GENRE NOUVEAU



Le GBO entend rappeler aux assistants bruxellois menacés de ne pas atteindre leurs 120 heures de garde qu'il s'agit là d'une obligation conditionnant l'agrément. Les conséquences d'un non-respect de cet impératif ne sont donc pas à sous-estimer. Une solution solidaire et créative, approuvée par la Commission octroyant leur agrément, s'est dégagée: des prestations complémentaires en postes de garde (PMG) wallons. Autant ne pas la bouder.

Il y a quelques mois, il est apparu qu'un problème inédit attendait au tournant les assistants MG effectuant leur stage à Bruxelles: il y aurait incapacité matérielle, pour chacun d'eux, d'accomplir les 120 heures de garde population par an telles que réglementairement requises, et ce faute d'un volume global de prestations suffisant. Cette insuffisance tient à la fois du succès des stages à la capitale et au fait que celle-ci vit désormais à l'heure d'une garde MG judicieusement réformée, moins « consommatrice » de médecins.

Le GBO s'est, dès le départ, posé en facilitateur dans ce dossier. Il s'est employé à mettre

en relation toutes les parties concernées et a suggéré une piste de sortie de crise: autoriser les assistants bruxellois à aller compléter leur grille de garde dans des postes médicaux de Wallonie. La formule a l'avantage d'éviter aux Médecins Généralistes en Formation Professionnelle (MGFP) de ne pas satisfaire à une obligation qui, ni plus ni moins, conditionne l'obtention de leur agrément, tout en apportant potentiellement un coup de main à des postes périphériques où la récurrence des gardes est parfois élevée.

De l'idée à sa concrétisation

Cette piste *win win* a ensuite pris corps sous l'impulsion du CCFFMG (*), la plateforme interuniversitaire (ULB-UCL-ULg) qui supervise la formation des assistants en MG. Cet hiver, celle-ci a surmonté, à renfort d'explications et de propositions pratiques, les freins subjectifs et objectifs (comme les légitimes interrogations autour de la rétribution ou de la responsabilité du duo de maîtres de stage) qui pouvaient empêcher que germe cette synergie francophone d'un genre nouveau. Fin avril, le CCFFMG avait rallié à l'opération une quinzaine de postes de garde wallons, qui avaient pris le soin de préciser les modalités de l'accueil qu'ils pouvaient offrir aux

>>>

assistants de la capitale, depuis le volume de prestations possible jusqu'à la disponibilité d'un logement de fonction.

Un succès mitigé

Force est d'admettre, quelques semaines après la distribution de la liste détaillée des possibilités aux MGFP bruxellois, que mi-mai, seules une demi-douzaine de conventions avaient été conclues, essentiellement avec les postes distants de moins de 50 km de Bruxelles (**).

Le GBO s'alarme du peu de succès de cette manœuvre essentiellement créatrice et solidaire. Il tient à mettre en garde les MGFP, ainsi que leurs maîtres de stage (***), sur les

conséquences de ne pas remplir l'obligation des 120 heures de garde annuelles.

Attendre est doublement hasardeux

Comme le CCFFMG l'a récemment rappelé aux intéressés dans un mail d'avertissement, cela expose les assistants à devoir prolonger le stage en troisième année. Peut-être certains candidats MG tablent-ils sur la clémence exceptionnelle dont fera preuve la Commission d'agrément eu égard à une situation qui ne l'est pas moins. C'est sans compter sur le fait que, si ladite Commission admet être au courant des difficultés rencontrées à Bruxelles, elle est informée, également, du dispositif mis en place grâce à la coopération de PMG wallons et elle encourage cette alternative qui offre le moyen de rencontrer l'exigence des 120 heures.

Pour le GBO, tarder à prendre langue avec un PMG wallon en espérant obtenir des gardes in extremis sur Bruxelles est une solution hasardeuse. Les assistants qui n'en récupéreront pas pourraient être perdants sur les deux tableaux: et à Bruxelles, et en province, puisque les planifications des gardes de l'été se jouent bien avant les vacances dans les postes de garde. Les demandes tardives ont peu – ou moins – de chances d'aboutir.

Un dispositif solidaire

Le GBO regrette d'autant plus le manque de succès de cette proposition de collaboration de la part des postes wallons qu'en se portant volontaires pour les accueillir les assistants, ces structures ont fait montre d'une belle solidarité professionnelle.

La solution offre du reste l'occasion à la jeune génération de s'essayer à la pratique en milieu plus rural. Ce qui est considéré, à l'origine, comme une solution de sortie de crise, pourrait se révéler posséder des vertus pédagogiques lui valant d'être organisée structurellement, en permettant aux assistants de se confronter au cours des deux années d'assistantat à des modes d'exercice différents, du milieu urbain au milieu champêtre. L'enjeu de tout ceci étant, au final, une stimulation à une répartition plus harmonieuse des forces vives sur le territoire francophone.

(*) le Centre de Coordination Francophone pour la Formation en Médecine Générale

(**) le CCFFMG intervient au niveau des frais de déplacement

(***) les maîtres de stages sont responsables des différents aspects de la formation de leur assistant, en ce compris la bonne réalisation des 120 heures de garde population, quitte à s'effacer et céder des plages à eux. Dans la même logique, ils ont une obligation morale à ne pas freiner leur assistant tenté par des prestations complémentaires auprès d'un maître de stage wallon.

Conventionnement

DES STATISTIQUES À PASSER AU TAMIS

Le décompte des médecins conventionnés (ou plutôt: non déconventionnés) donne régulièrement lieu, de la part de l'INAMI et des autorités, à des communiqués comblés, se félicitant de la sécurité tarifaire dans laquelle baigne la population. Ramenée aux accrédités, distinguée du conventionnement partiel, l'adhésion n'est pourtant pas si écrasante, sans compter qu'elle fluctue d'une région et d'une spécialité à l'autre. Éléments de réflexion, proposés par le Dr Drielsma, du bureau du GBO.



En mars, l'INAMI communiquait les pourcentages d'adhésion à l'accord 2015. Un total de 83,83% de médecins belges n'ont pas notifié à l'institut leur souhait de se déconventionner. En ventilant entre généralistes et spécialistes, on obtient des scores de 88,6% chez les premiers et de 80,8% chez les seconds, toutes disciplines confondues.

Un dénominateur plus réaliste

Chez les médecins accrédités (et c'est évidemment dans ces rangs-là qu'on retrouve la grande majorité des confrères et consoeurs à activité clinique significative), ces proportions descendent respectivement à 85,80% en médecine générale et à 74,30% pour les autres spécialités. A l'échelle du royaume, le taux de déconventionnement du corps médical passe

de 16,17% à 21,18% si on se limite aux accrédités. Une différence qui n'est pas anecdotique (cela représente 25% de déconventionnés de plus que si l'on prend le dénominateur « tous médecins »).

Une autre façon de présenter les chiffres à leur avantage est de ne pas sérier les conventionnés complets des conventionnés partiels, les seconds étant versés, à l'heure de communiquer, parmi les premiers. Au moment d'écrire ces lignes les chiffres de déconventionnés partiels n'étaient pas connus à l'INAMI. Pour le GBO, les conventions partielles permettent de masquer des taux élevés de non-conventionnement. Même si les règles sont claires et univoques, les possibilités de contrôle pour dépiler les conventions partielles qui ne seraient

>>>

Quel impact sur quelle patientèle ?

Trois spécialités comptent moins de 50% de praticiens conventionnés.

- En chirurgie plastique, il y a d'une part les actes nomenclaturés, remboursés, et sur lesquels porte le conventionnement (comme l'esthétique réparatrice) et d'autre part, des actes pour lesquels les honoraires sont déjà libres (c'est le cas de l'esthétique pure). Le déconventionnement peut compliquer, chez les revenus modestes, l'accessibilité financière d'actes réparateurs justifiés.
- Les cabinets de dermatologues sont engorgés de problèmes esthétiques, ce qui réduit d'autant la disponibilité clinique de ces spécialistes. Le déconventionnement et les augmentations de la quote-part personnelle du patient qu'il induit n'améliore l'accès que des économiquement forts - au détriment du reste de la population.
- Quant à l'ophtalmologie, actuellement peu accessible d'après un consensus assez général auprès des patients et des MG, le faible taux de conventionnement qu'elle connaît hypothèque encore plus l'accès aux soins pour les diabétiques chez qui il est conseillé de pratiquer un fond d'œil régulièrement.

que des cache-sexes du déconventionnement paraissent aléatoires.

Des spécialités peu abordables

Par ailleurs, que la convention entre en vigueur sur tout le territoire n'empêche pas une forte variabilité entre spécialités et entre arrondissements. Cela signifie que, localement, des patients peuvent éprouver des difficultés pour dénicher un spécialiste abordable dans une spécialité donnée. On dénombre trois disciplines chez lesquelles le taux de conventionnement n'atteint pas la barre des 50%: la chirurgie plastique, l'ophtalmologie et la dermato-vénéréologie (lire encadré).



Prendre un dénominateur plus révélateur de l'activité clinique et distinguer les conventions partielles des conventions pleines reflèterait déjà mieux des faiblesses de la « sécurité tarifaire », connues mais tuées.

Mais ces branches ne sont pas les seules à être fortement déconventionnées. Si on opère une correction moyenne de 25% (en tenant compte de la qualité d'accrédité, cf. supra), plusieurs autres spécialités basculent dans le rouge: les gynécologues, les chirurgiens orthopédistes et les stomatologues.

**A L'ÉCHELLE DU ROYAUME,
LE TAUX DE DÉCONVENTIONNEMENT
DU CORPS MÉDICAL PASSE DE 16,17%
À 21,18% SI ON SE LIMITE
AUX MÉDECINS ACCRÉDITÉS.**

Incontournable MG

De plus, à en croire une étude conduite fin 2013 par les mutualités chrétiennes, les conventionnés de certaines spécialités, déjà peu enclins à adhérer à l'accord, foulent aux pieds les tarifs conventionnels en dépit de leur engagement. Si certaines spécialités cumulent déconventionnement et dépassements, d'autres se montrent modestes en toutes circonstances. C'est le cas des oncologues. Peut-être le niveau d'urgence et de nécessité façonnet-il les

>>>

Quelques réflexions pour une politique de santé publique en Belgique

Réflexion 1: *le libre marché n'est pas la forme optimale de régulation de l'offre et du besoin en santé publique. Car pour rappel, l'offre va vers la demande solvable et pas vers les besoins (*) pas ou peu solvables. C'est ce qui explique que, dans les pays en développement, l'offre se concentre dans les villes. Alors que les besoins sont ailleurs. C'est ce qui explique aussi la surdensité médicale dans le midi (**) de la France, par exemple.*

Réflexion 2: *il faudrait tenter une analyse statistique sur les liens entre les revenus INAMI par spécialités et le déconventionnement. Il est possible que certaines petites spécialités tentent de reconquérir un peu d'égalité entre professionnels via les suppléments d'honoraires. Dans ce cas, une politique d'harmonisation des honoraires couplée à une sensibilisation des prestataires permettrait peut-être de diminuer le taux de déconventionnement et, par conséquent, d'améliorer l'accessibilité aux soins.*

Réflexion 3: *il serait intéressant de disposer de statistiques couplées INA-MI-Santé publique pour connaître la force de travail conventionnée vs non conventionnée. Actuellement, nous ne connaissons que le nombre de têtes; il est donc possible que la situation sur le terrain soit pire ou meilleure qu'estimée.*

Réflexion 4: *il est peu acceptable que des médecins conventionnés se permettent de demander des suppléments d'honoraires, d'autant que les dérogations permises sont extrêmement étroites. Il faudrait étudier quelle régulation pourrait mettre fin à cet estompage de la norme. Théoriquement, le Service d'Évaluation et de Contrôle Médical de l'INAMI est aux manettes pour ce dossier, mais comment peut-il pleinement jouer son rôle si ce n'est lorsqu'il est saisi d'une plainte en provenance d'une mutuelle ?*



* La distinction entre demande et besoin est essentielle en santé publique - ** Il faut considérer ici que des conditions climatiques favorables vont de pair avec des revenus plus élevés

comportements par spécialité ? Dans cette hypothèse, plus une discipline est incontournable (oncologie, radiothérapie, biologie clinique, pneumologie...), plus le taux de conventionnement est élevé. Inversement, plus un contact avec le médecin peut être différé, et plus les prix s'envolent.

La médecine générale s'inscrit ici dans la droite ligne des disciplines les plus utiles et incontournables de la médecine. Un élément à garder à l'esprit quand il s'agit de déterminer qui revaloriser.

PRENEZ CONTACT AVEC NOUS !

Les problématiques développées dans ce GBO Arguments vous interpellent ?

Vous souhaitez partager votre point de vue, vos idées, avec le GBO, pour enrichir le débat ?

>>> secretariat@le-gbo.be



COTISATIONS 2015

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

TARIFS	MG SOLO	MG GROUPE *
< 3 ans de pratique	25 euros €	18 euros
entre 3 & 5 ans de pratique	110 euros	75 euros
> 5 ans de pratique	240 euros	180 euros€
Inactif	25 euros	18 euros

* Groupe = 6 MG associés (GLEM, cercle, etc.) et paiement groupé des cotisations

BE51 0000 1968 7562 – BPOTBEB1

Groupement Belge des Omnipraticiens • 68, Rue Solleveld – 1200 Bruxelles

Communication sur le virement : votre n° INAMI & année d'agrégation

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



**Vous souhaitez
recevoir la version
électronique du
GBO Arguments ?
Faites-le nous savoir
en nous communiquant
votre adresse e-mail
>>> secretariat@le-gbo.be**