

Programme de l'ABSyM
ELECTIONS 2010

L'ABSyM est le syndicat de tous les médecins

I. Pour tous les médecins

1. Défendre un niveau d'honoraires qui soit fonction :
 - a. du niveau de compétence de la profession médicale (un des plus élevé)
 - b. du niveau de responsabilité
 - c. des risques engendrés par l'exercice de la profession
 - d. d'une disponibilité importante même en dehors du temps de travail normal
 - e. de la pénibilité du travail
 - f. des frais engendrés par la pratique médicale
2. Défendre la liberté d'engagement, même d'engagement partiel, vis-à-vis de l'accord. Le système lui-même doit être préservé. Il nous donne un cadre dans lequel nous avons un pouvoir de décision. Les tarifs actuels sont des tarifs sociaux qui ne sont pas fonction de la valeur des actes posés mais bien de la possibilité des financiers du système de les rembourser. En dehors du cadre social de la pratique médicale, chaque médecin doit pouvoir fixer ses honoraires selon leur valeur réelle.
3. Tout acte effectué en dehors des heures normales doit être majoré d'un supplément comme l'est déjà la consultation du soir. Le supplément pour la consultation du soir doit être poursuivi. Il doit passer à 4 euros et être dû à partir de 17h00. il doit être accessible à toutes les disciplines.
4. Le droit à une assurance professionnelle pour tous les médecins (engagés ou non) vis-à-vis des maladies liées à la profession et empêchant le médecin qui en est atteint de poursuivre sa pratique (hépatite c – SIDA – Burn out)
5. La suppression des mesures administratives injustifiées qui ne sont que des tracasseries. La simplification de celles qui sont indispensables et une rémunération équitable pour cette charge de travail qui n'est pas un acte médical.
6. La stabilisation des primes d'assurance en responsabilité civile, le droit à l'assurabilité à des conditions acceptables. Au-delà de la prescription, le délai pendant lequel un patient peut exiger réparation d'un dommage résultant d'un acte médical et qui actuellement s'ajoute à la période de prescription (jusqu'à 20 ans) doit être à charge du Fonds.
7. Augmenter l'attractivité des disciplines ou de la MG pour lesquelles on constate une pénurie ou un risque de pénurie.
8. Le maintien d'une planification fédérale sur base d'une observation réelle de la densité médicale, des besoins et des migrations.
9. Préserver autant que possible une médecine à l'acte qui garantit le mieux que le médecin soit bien au service du patient :
 - a. Dans ce contexte, le Tiers-Payant (TP) ambulatoire doit être réservé aux circonstances sociales que le médecin est à même d'évaluer. Le TP ne doit pas devenir obligatoire. C'est une charge administrative en plus. Le patient qui ne paie pas n'a plus aucun respect pour le médecin.
 - b. Dans cet ordre d'idée, la diminution des Tickets Modérateurs™ n'a que peu d'effet sur une accessibilité déjà bonne mais comme le TP entraîne la surconsommation et l'inflation des budgets à nos dépens.
 - c. De même, les forfaits que nous voulons éviter autant que possible n'ont d'autre but que d'introduire du rationnement. Pour le médecin, ils ont les défauts du salariat sans en avoir les

avantages. Ils sont toujours payés avec retard, suivent rarement l'évolution des prix et leur paiement est souvent suspendu en cas de conflit. Les forfaits dans les pays voisins ont été générateur de rationnement et les listes d'attente sans avoir vraiment réussi à maîtriser les dépenses.

10. Maintenir le libre choix du médecin par le patient. C'est un élément essentiel de la confiance indispensable à l'efficacité de la relation thérapeutique.
 - a. Dans ce cadre, nous sommes hostiles à tout système d'inscription qui lie le patient. C'est pourquoi, nous ne voulons pas de gestion automatique du DMG par les mutuelles. La difficulté qu'ont les patients pour changer de médecin quand ils sont inscrits dans une maison médicale en est un bon exemple.
 - b. Nous sommes aussi hostiles à l'échelonnement qui entraîne une difficulté et un retard d'accès aux soins pour le malade sans valoriser le rôle du MG qui en est réduit au rôle de postier. Il est clair que l'échelonnement soft introduit sans concertation par le Ministre Demotte n'a eu aucun succès ni chez les MG ni chez les patients. Le budget de 8 millions d'euros qui lui avait été consacré n'a été utilisé qu'à concurrence de 600.000€, ce qui démontre le désintérêt des MG, des spécialistes et des patients. Par contre, nous voulons promouvoir les trajets de soins qui favorisent une bonne collaboration entre MG et médecins spécialistes sur une base libre et volontaire, sans lourdeur administrative en visant avant tout la qualité et l'amélioration des résultats. La motivation du patient et le maintien de son libre choix sont des éléments essentiels de ces trajets.
11. Maintenir la liberté thérapeutique : c'est un droit du patient et non un privilège du médecin. Le patient, en effet, doit être convaincu que le médecin agit toujours dans l'intérêt de celui-ci. C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons accepter de recommandations contraignantes, recommandations qui sont la plupart du temps motivées par des raisons économiques. Dans toute circonstance, le médecin doit pouvoir jouer le rôle de l'avocat du patient si les soins que le médecin juge indispensables ne lui sont pas accordés. Nous n'accepterons donc aucune contrainte ni menace sur la prescription que le médecin doit pouvoir faire en son âme et conscience. Il n'y a cependant aucune liberté qui ne soit responsable mais la responsabilité doit être auto-consentie basée sur le Peer Review, sur les guides de bonne pratique réalisés par la profession et sur l'information. C'est dans cet esprit que nous défendons l'accréditation et la concertation médico-pharmaceutique.
12. Nous voulons éviter que la décision médicale n'échappe de plus en plus au médecin pour être confiée aux organismes assureurs (mutuelles) qui disposent d'information sur la prescription, sur les pathologies des patients et sont à la base des recommandations contraignantes.
13. Lutter contre le rationnement et en particulier les difficultés d'accès aux innovations et médicaments innovants, en particulier, dans le domaine du cancer, des médicaments orphelins, des traitements préventifs,...
14. Renforcer le secret professionnel sans lequel il ne peut y avoir de confiance du patient. L'informatisation permet l'échange de données mais aussi leur récolte et leur utilisation à des fins diverses éventuellement à l'insu du patient. La consultation des données par un médecin n'apporte pas de garantie de respect de la confidentialité même avec l'autorisation du patient. Un même médecin, même médecin traitant peut aussi à d'autres moments être mandaté par un employeur, une assurance, une banque. Le patient doit être protégé de tout accès inopportun. Les garanties actuelles sont insuffisantes.
15. Poursuivre le dialogue avec les associations de patients afin de réclamer ensemble les moyens nécessaires pour prodiguer les meilleurs soins. Éviter que les mutuelles soient reconnues comme elles font tout pour l'être, en tant que représentants des patients.

16. Poursuivre le dialogue avec les autres professions de santé dans l'intérêt des patients afin d'organiser un travail d'équipe où chacun apporte sa valeur ajoutée tout en respectant le rôle de leader du médecin. Ces autres professions de santé ne doivent pas non plus empiéter sur les prérogatives médicales.
17. L'ABSyM a toujours été soucieuse de la qualité des soins. La qualité n'est pas un état mais bien un processus dynamique sans fin. C'est dans cet esprit que nous avons construit l'accréditation qui est cependant perfectible à condition d'en respecter les principes :
 - volontarisme et dynamique interne bottom up
 - incitants plutôt que sanctions
 - informations plutôt que menaces
 - liberté responsable plutôt que responsabilisation
18. L'ABSyM a toujours été soucieuse de santé publique, la preuve en est son engagement pour la prévention, la lutte contre le tabac, ses préoccupations pour l'environnement (décharges – climat - ...). Elle poursuivra cet engagement. Néanmoins, les considérations de santé publique ne doivent pas s'imposer au détriment de l'individu. En toute circonstance, la santé du patient est le premier intérêt du médecin.
19. L'ABSyM s'est aussi engagée et continuera de le faire dans la défense des droits de l'Homme. Elle a été au fer de lance de la position de l'AMM contre la peine de mort, la torture et les traitements dégradants, les mutilations génitales des femmes. Elle a toujours défendu les confrères qui, dans leur pays, ont suivi notamment des peines de prison pour avoir eu des attitudes courageuses en refusant d'absoudre les autorités pour des faits de torture ou en refusant de dénoncer des opposants au régime qu'ils avaient soignés.
20. L'ABSyM s'est toujours battue, et poursuivra ses efforts, contre tout ce qui pouvait ternir l'image des médecins ou tout ce qui diminuerait le respect dû à la profession. L'ABSyM se battra pour donner une image positive des médecins.
21. La valorisation financière, des échanges d'information, conseils , ... faits par voie électronique.

II. Pour les médecins spécialistes

1. L'accès direct aux spécialistes tout en favorisant la meilleure collaboration avec le MG que ce soit dans le trajet de soins (qui concerne les malades chroniques) ou en introduisant un honoraire de liaison pour les échanges de données. Développement de la télémédecine.
2. Limitation définitive des prélèvements hospitaliers sur honoraires et pouvoir plus étendu pour les médecins dans la gestion responsable de leur hôpital.
3. Dans le cadre de la loi sur le dommage médical, droit d'être assuré. Délai de postériorité décent.
4. Respect de la liberté d'honoraires des médecins non engagés et des médecins engagés en dehors des conditions de lieu et de temps définies par l'accord, et des exigences particulières des patients ainsi que de leurs revenus estimés d'après leur niveau de vie.
5. La liberté pour le médecin hospitalier d'avoir une pratique privée.
6. L'extension de l'honoraire de disponibilité à toutes les disciplines concernées.
7. Poursuite de la revalorisation des disciplines qui le nécessitent.
8. Activation de l'introduction de nouvelles nomenclatures.

9. Poursuite des budgets nécessaires à financer l'inflation des volumes là où l'explosion du nombre de cas le justifie.
10. Maintien de l'indexation pour toutes les disciplines
11. Opposition aux normes imposées sans qu'un budget correspondant soit dégagé.
12. Opposition aux mesures de programmation arbitraire et aux mesures de rationnement.

III. Pour les médecins généralistes

1. Poursuivre la revalorisation principalement à l'acte, sans exclure certains forfaits, tout en garantissant l'accessibilité du patient quand elle est menacée.
2. Les possibilités d'accès au TP paraissent suffisantes à l'heure actuelle. Un paiement plus rapide doit être garanti. La voie électronique devrait être possible.
3. Sécurisation des cabinets privés : obtenir un financement et pas seulement des conseils.
4. Facilités de circulation et de parking pour les visites, en particulier, urgentes.
5. Poursuite de la revalorisation de la consultation du soir en favorisant l'installation d'une garde. L'un et l'autre devraient commencer à 17h00.
6. Révision en profondeur de l'organisation de la garde sur base :
 - d'une suppression de l'obligation de participer
 - mise en place d'un volontariat
 - mise en place d'une professionnalisation(utilisation de médecins qui consacrent leur activité uniquement à la garde. Cela implique qu'ils puissent revenir à la pratique de MG après quelques années). La réforme doit largement profiter des expériences locales et être adaptée au type d'habitat (urbain – rural – intermédiaire - ...)

IV. Pour les médecins en formation

1. Rémunération décente et garantie selon un contrat (actuellement sui generis) sous contrôle des organisations professionnelles représentatives.
2. Ils doivent être considérés comme des professionnels en formation, pas comme des étudiants.
3. Respect du temps de travail (pour des raisons de santé, de sécurité et de droit à une vie familiale et privée).
4. Des heures excédentaires pour des raisons d'affluence de malades ou de garde doivent être récupérées ou payées au tarif des heures supplémentaires.
5. La récupération après 12h de garde doit être dans la suite immédiate.
6. Les années de formation doivent être intégrées automatiquement dans la comptabilisation de la pension y compris les années de formation de base.
7. Immunisation fiscale d'Impulseo I.(prime d'installation en région de pénurie de MG)

8. Maintien d'une planification en fonction des besoins prévisibles. Sélection à l'entrée des études (concours) sur base des études et décisions de la commission de planification.
9. Réduction à 6 ans de la formation de base.
10. Souplesse pour les changements d'orientation et les changements de carrière.
11. Reconnaissance de la MG en tant que spécialité.

V. Pour les médecins 000 et 009

Ils ne peuvent plus être considérés comme médecins généralistes du fait de la directive européenne transposée en droit belge qui subordonne la pratique de la MG à une formation. Le diplôme de médecine doit cependant pouvoir être valorisé. Les 000 et 009 actuels doivent commencer à bénéficier de leurs prérogatives actuelles. Le diplôme de médecine doit permettre de nouveaux débouchés qu'il y a lieu de rendre intéressants.

VI. Pour les femmes

1. Il faut leur faciliter les interruptions de carrière mais surtout la reprise d'activité quand elles le souhaitent.
2. Titres-services de façon à pouvoir engager du personnel pour s'occuper des enfants et ainsi dégager du temps pour les patients et les tâches afférentes à la profession

VII. Pour la médecine de groupe

La médecine en association peut être une solution intéressante que l'ABSyM entend aider à se développer dans un cadre libéral. Il faut faire la différence avec les maisons médicales politisées qui ont toujours servi de fer de lance contre la médecine libérale et qui manifestent toujours leur attachement au parti d'extrême gauche qu'est le PTB.

La collaboration locale entre MG et le travail en réseau est une alternative valable aux associations. Elle mérite d'être soutenue ainsi que les cercles qui en sont la cheville ouvrière.

VIII. Pour les médecins en fin de carrière

1. Maintien de la liberté de travailler.
2. Cumul de la pension avec une activité plus importante et des facilités fiscales.
3. Droit à une pension complète d'indépendant à 65 ans avec généralisation pour tous de la possibilité de rachat des années d'études.
4. Faciliter une fin de carrière progressive

IX. Pour les médecins exclus de l'agrément en MG

1. Remplacement par un statut aussi valorisant permettant l'accès (ou la poursuite) à une activité curative ou préventive (médecine de garde, médecine préventive comme planning familial, médecine scolaire,

établissement pour handicapés ou drogués,...) ou à une activité dans un autre cadre (médecine militaire,...) et permettant de pratiquer les actes et de prescrire normalement.

2. Statut valorisant également pour les médecins travaillant en dehors du système de soins (médecin d'industrie, médecin d'expertise, médecins en santé publique, médecin-conseil) et leur permettant de prescrire des médicaments.
3. Les médecins qui ont une activité mixte mais suffisante en MG ne doivent pas être concernés.
4. Les médecins ayant changé de statut mais désirant revenir en MG doivent pouvoir le faire moyennant des exigences simples et peu contraignantes.

X. Pour les médecins coordinateurs (MCC)

1. Le médecin coordinateur est choisi par le pouvoir organisateur mais doit s'efforcer de ne pas faire un choix en opposition avec le cercle et au contraire avoir sa confiance.
2. Le MCC devrait faire partie du cercle pour favoriser le dialogue
3. Il faut garantir l'indépendance du MCC.
4. Il doit bénéficier des meilleures conditions de travail possible.
5. Le MCC ne devrait soigner que ses propres patients, c'est à dire ceux dont il avait le dossier avant leur entrée dans l'institution.
6. Le MCC ne devrait pas pouvoir imposer des examens ou des traitements sans concertation avec le médecin traitant ou le cercle selon les circonstances.
7. Le domaine MRS/MRPA est comparable au domicile du patient. Il s'agit donc bien de MG et le MCC doit être MG.