

**Association Belge des Syndicats Médicaux.
ABSyM**

Rapport d'activités 2008

Approuvé par l'Assemblée Générale du 25.04.09

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| I. INTRODUCTION..... | 2 |
| II. DOMAINES D'ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTS EN 2008..... | 3 |
| II.1. eHealth..... | 3 |
| II. 2. Aléas thérapeutiques..... | 4 |
| II. 3. Suppléments d'honoraires..... | 5 |
| II. 4. Statut HAIO..... | 5 |
| II. 5. Numerus Clausus..... | 6 |
| II. 6. Impulséo..... | 7 |
| II. 7. Les médecins interdits d'exercice..... | 8 |
| II. 8. Contrôle médical..... | 9 |
| III. ACCORD NATIONAL MEDICO-MUTUALISTE DU 17 DECEMBRE 2008 (M.B. 19.01.2009) | 9 |
| III. 1. Le budget..... | 9 |
| III. 2. Conventionnement partiel, exigences particulières..... | 10 |
| III. 3. Epargne dans le secteur de la médication..... | 11 |
| IV. CONCLUSION..... | 12 |

I. INTRODUCTION

Bien que 2007 fut une année difficile, 2008 marquée par l'instabilité politique et la crise financière dépassa tout entendement. En d'autres mots, l'année ne fut pas prospère pour conclure un nouvel accord Medico-Mut, ni pour obtenir les fonds nécessaires concernant de nouvelles initiatives, ni pour sauvegarder les honoraires libres. Malgré ces difficultés, l'ABSyM a pu mener à terme plusieurs combats avec succès.

Ci-dessous un aperçu succinct des réalisations les plus importantes menées avec brio par l'ABSyM en 2008¹

¹ Nous remercions Mr Anrys, I. Dreezen et Dr Marc Moens, *Rien ne va plus*, compte-rendu de l'année 2008 du GBS.

II. DOMAINES D'ACTIVITES LES PLUS IMPORTANTS EN 2008.

II.1 eHealth

Une des 105 lois «à peine» à avoir malgré tout été publiée en 2008 concerne la création de la plate-forme eHealth² Si nous comparons le texte publié au projet initial de la loi BeHealth de 2005, on peut dire que la croisade des organisations de médecins a incontestablement porté ses fruits³. Le cumul de multiples fonctions de Frank Robben surtout reste intolérable pour bon nombre de gens. Il n'est donné aucune suite à l'objection fondamentale que cela conduit à une énorme concentration de pouvoir dans son chef – Administrateur général de la plate-forme eHealth, membre de la Commission de la Protection de la Vie privée, administrateur général de la Banque Carrefour de la sécurité sociale et administrateur délégué de la v.z.w. Smals – Les autorités politiques ont omis de faire de la plate-forme eHealth une entité distincte. Dans quelle mesure le président du Comité de gestion de la plate-forme eHealth nommé par A.R. du 17.12.2008, le Dr Jacques de Toeuf, pourra influencer sur le rouleau compresseur Robben, nul ne le sait.

Grâce aux pressions exercées par les médecins, les dispositions d'une des « lois poubelles » ont finalement fait l'objet d'un projet de loi distinct, de sorte que la Chambre a pu débattre de manière approfondie au sujet de la plate-forme eHealth et organiser une audition le 24.06.2008. Ces discussions ont eu pour résultat 12 amendements contribuant principalement à améliorer la sécurité des données. Ces adaptations prouvent que le projet de l'Etat, qui avait pourtant obtenu l'accord de la Commission de la protection de la vie privée et du Conseil d'Etat, n'était pas finalisé. Par contre, le « TTP principe » réclamé par les médecins n'a pas été réalisé.

L'ABSyM a dès lors réclamé une évocation du projet de loi par le Sénat. Compte tenu des fortes pressions, le Sénat a effectivement évoqué le projet mais n'a pas introduit le moindre amendement de sorte que, après l'approbation par la Chambre le 09.07.2008, le Sénat a suivi le 18.07.2008.

Non seulement les médecins, mais également les associations de patients sont inquiets. Tant la Vlaams Patiëntenplatform (VPP) que la Ligue des Usagers de Service de Santé (LUSS), ont posé des questions pertinentes concernant ce projet de loi. Qu'en est-il de leur droit de regard dans le dossier patient et de leur droit de copie ? Comment un patient sait-il qu'en établissant un dossier électronique, un dispensateur de soins échangera des données via le système de transport eHealth et qui consultera ses données via la plate-forme eHealth ? La loi n'apporte aucune réponse à ces questions et les associations de patients ne sont pas représentées au sein du Comité de gestion de la plate-forme eHealth. Elles devront se contenter d'un petit siège dans le Comité de concertation encore à constituer avec les utilisateurs de la plate-forme eHealth⁴.

Concernant l'utilisation de la plate-forme eHealth, la ministre Onkelinx a répondu à la Chambre : « La principale valeur ajoutée réside dans le caractère facultatif et volontaire. ...Plus tard, peut-être apparaîtra-t-il pertinent de le rendre obligatoire. Ceci ne sera le cas que si la plate-forme a gagné la confiance de ses usagers⁵. Le caractère facultatif de l'utilisation de la plate-forme reste très hypothétique.

² Loi du 21 août 2008 relative à l'institution et à l'organisation de la place-forme eHealth (1) M.B. 13.10.2008 page 54454 jusqu'à 54465 inclus.

³ Par ex. les déclarations communes des associations belges des médecins du 07.07.2008 et du 22.09.2008.

⁴ Art. 22-23 de la loi du 21.08.2008 concernant la création et l'organisation de la plate-forme eHealth (1) M.B. 13.10.2008, page 54461.

⁵ Convention intégrale de la commission plénière de la Chambre des Représentants, jeudi 10.07.2008 page 77.

II.2. Les aléas thérapeutiques.

La loi « No fault » peut évidemment être favorable aux patients qui ont subi un dommage suite à des soins de santé, mais pourrait également mettre fin à la condamnation incompréhensible des médecins⁶, avec comme conséquence adoption d'une médecine défensive.

La loi sur le dommage médical, qui résulte d'un acte médical, prévoit l'indemnisation du patient sans qu'il ait à prouver la culpabilité du médecin⁷. Cette loi devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2008. Les affaires courantes ayant pris plus de temps que prévu, la mise en vigueur de la loi a été reportée au 1^{er} janvier 2009⁸. En fin d'année 2008, la mise en application a de nouveau été reportée, cette fois, pour une période indéterminée⁹.

Le coût réel de ce système « no fault » est difficilement chiffrable. Des dépassements budgétaires sont d'autant plus prévisibles que les maladies nosocomiales seront ajoutées aux dommages. Le fonds coûtera 70 à 100 millions d'euros par an. Nous refusons que ce risque de société sans faute des médecins soit mis à charge des médecins qui jusqu'à présent payaient « seulement » des primes RC pour 35 millions d'euros, montant déjà énorme.

Par ailleurs, si la loi crée une obligation pour les médecins d'être assurés, ils doivent être protégés de l'arbitraire des assureurs et l'ABSyM exige que les médecins aient également le droit d'être assurés, c'est-à-dire qu'un fonds fixe objectivement les primes des médecins qu'une assurance refuserait de couvrir.

En date du 04.07.2008 le Conseil Ministériel décida de faire réétudier quatre nouvelles questions par des experts. En résumé il s'agit de :

- 1) Le niveau de gravité des dommages.
- 2) Un jugement décisif quant aux dommages évitables ou non.
- 3) Le droit de subrogation des mutuelles.
- 4) Pour les victimes la possibilité d'introduire un recours.

Le 13 octobre 2008, le Conseil des Ministres approuva une note de la Ministre Onkelinx, note dans laquelle il fut proposé d'adapter le système belge, repris par la loi du 15 mai 2007, au système français. Concrètement en ce qui concerne les dommages dus aux soins de santé on appliquerait une responsabilité civile courante, toutefois complétée d'un dédommagement en cas de non culpabilité, et qui dépasserait un seuil très élevé. Par conséquent une nouvelle loi, qui remplacera la loi existante ajournée pendant une période imprécisée, doit être rediscutée.

A suivre....

⁶ Communiqué de Presse ABSyM du 21.04.2008 concernant la condamnation des médecins.

⁷ Loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et la loi concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Les deux lois sont publiées dans le M.B. du 06.07.2007.

⁸ Loi du 21 décembre 2007. Loi modifiant la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé en ce qui concerne la date d'entrée en vigueur (I) publié le 31.12.2007.

⁹ Loi du 22 décembre 2008 portant sur des dispositions diverses (I) (1) M.B. du 29.12.2008 Ed.4, chapitre2, art. 97.

Loi du 22 décembre 2008 portant sur des dispositions diverses (II) (1) M.B. 29.12.2008 Ed 4 chapitre unique.

Modification de la loi du 15 mai 2007 concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

II. 3 Suppléments d'honoraires.

En 2008, nous poursuivions également le combat quant au droit de pouvoir limiter les suppléments d'honoraires (voir accord Medico-Mut 2009-2010).

L'article 102 de la loi du 1^{er} mars 2007¹⁰ fixant diverses dispositions (III insère un §3 bis à l'article 50 de la loi SSI, par lequel un médecin hospitalier n'a pas le droit de demander un supplément si l'institution de soins omet au préalable, avant la prise d'un rendez-vous à la consultation, d'informer le patient si le médecin est conventionné ou non conventionné¹¹. L'ABSyM estime que le droit fondamental du médecin de demander un supplément d'honoraires tombe si cette information n'est pas transmise correctement au préalable. A ce titre, une requête a été introduite à la Cours constitutionnelle pour défendre le droit aux honoraires libres. La Cours Constitutionnelle a rejeté la requête. Ce qui paraît intéressant de souligner est le fait que la Cours Constitutionnelle mentionne : « si l'hôpital n'a pas rempli ses obligations d'informer le patient, le médecin dispose de moyens juridiques nécessaires pour entreprendre une procédure contre l'hôpital »¹².

II.4 Statut HAIO.

Dans l'arrêté du 01.07.2007¹³ fut repris que les HAIO's pourraient bénéficier du même statut sui generis que les GSO's, c'est-à-dire qu'ils seraient assurés au même titre qu'un employé en ce qui concerne les soins de santé et les allocations familiales, mais qu'ils n'auraient pas droit aux indemnités de chômage, congés payés et à la pension.

La date d'entrée en vigueur de cet arrêté fut postposée par l'Arrêté Royal du 6 juillet 2007 au 01.01.2008¹⁴ qui fut également postposé jusqu'au 1^{er} juillet 2009¹⁵.

Le statut des jeunes médecins préoccupe l'ABSyM. Il est clair que les universités veulent contrôler toute la formation. Elles réclament de gérer elles-mêmes par des ASBL un statut sui generis pseudo salarié pour les candidats médecins généralistes. Le statut sui generis est un statut bâtard qui ne couvre pas la pension et qui rend difficile voire impossible de la couvrir dans l'un ou l'autre régime (salarié ou indépendant). La pension des indépendants est déjà minable. Elle est calculée en 45^{èmes} de carrière. Les médecins n'arrivent plus qu'à 30 ou 35/45^{èmes} et ont donc les plus petites pensions du pays après avoir exercé le métier le plus lourd. Nous réclamons la couverture de la pension pour tous les médecins en formation, spécialistes et généralistes. La gestion du statut de ces derniers ne doit pas être aux mains des universités. De plus, ces médecins en formation doivent bénéficier de l'application de la Directive européenne actuelle en ce qui concerne le temps de travail limité à 48 heures. Nous nous sommes opposés à la proposition du Conseil des Ministres du Travail européens qui s'est prononcé, sans opposition de la Ministre CDH Milquet, en faveur d'une modification de la Directive permettant une durée de travail de 65 heures, excluant en outre du temps de travail les moments de la garde où il n'y a pas de patient.

Nous avons agi auprès du Parlement belge et des Partis politiques francophones pour améliorer le statut du stagiaire. Seul le MR nous a répondu pour nous assurer de son appui, les autres, sauf le CDH, ont quand même transmis notre mémoire à leurs parlementaires européens. Nous avons gagné et le Parlement Européen le 16 décembre 2008 a repoussé tant l'extension de la durée de travail maximum des candidats spécialistes et généralistes de 48 heures à 65 heures qu'à l'exclusion du temps de travail de la période de gardes où il n'y a pas de patient.

¹⁰ Article 102 de la loi du 1^{er} mars 2007 portant sur des dispositions diverses (III), M.B. 14.02.2007.

¹¹ Les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux Accords du dispensateur de soins au moment où les soins seront dispensés, sont les tarifs qui découlent de la nomenclature.

¹² Arrêt n°78/2008 du 15 mai 2008, M.B. du 04.06.2008.

¹³ M.B. du 12.06.2007.

¹⁴ Arrêté royal du 6 juillet 2007 modifiant l'entrée en vigueur de l'article 15bis de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 pris en exécution de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, M.B. 24.07.2007.

¹⁵ M.B. 04.07.2008.

II.5 Numerus Clausus

Le numerus clausus constitue un gros souci pour l'ABSyM. Nous ne souhaitons pas la suppression de celui-ci. La planification nous paraît toujours nécessaire même si nous avons besoin de plus de médecins à l'horizon 2020, à condition de pouvoir les payer.

Les chiffres de la planification doivent s'adapter malgré la pléthore actuelle et l'abandon de la profession faute de clientèle par 30 à 40 % des diplômés. On cite fréquemment le nombre de 1.700 médecins étrangers exerçant en Belgique. On oublie que chaque année un nombre important de diplômés belges (presque la moitié de chaque promotion annuelle), soit 2.111 en 4 ans de 2004 à 2007, émigrent à l'étranger parce qu'ils n'ont pas d'avenir en Belgique où il y a surtout de la demande d'assistants bon marché et parce que les rémunérations sont trop faibles. La proportion importante de spécialistes belges qui doivent émigrer (soit 845 en 4 ans sur un total de 2.111) prouve l'absence de postes dans les hôpitaux belges qui revendiquent des assistants roumains. Mais il n'y a pas de manque global, il y a des zones défavorisées.

L'A.R. du 30.05.2002 relatif à la planification de l'offre médicale¹⁶ a été abrogé le 01.07.2008. Là où auparavant, on parlait de candidats qui devaient entrer dans le contingentement, il est maintenant question de « candidats attestés ». L'académisation, instaurée sous le ministre Marcel Colla en 1999¹⁷, est maintenant définie plus strictement avec cet A.R. (cf. article 1 de l'A.R. du 12.06.2008). Moyennant cette attestation octroyée par la personne en charge de la direction d'une faculté de médecine d'une université belge et limitée à l'année visée par l'attestation universitaire, un candidat peut avoir accès à une formation menant à l'un des titres professionnels de l'article 1^{er} de l'A.R. du 25.11.1991 (par ex. « et en médecine nucléaire invitro), les médecins d'un Etat membre de l'U.E. qui ne sont pas en mesure de suivre une formation complète pour obtenir le diplôme de médecin dans leur propre pays et enfin les candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré avant l'année 2004.

Pendant ce temps, il y a inondation d'annonces de « pénurie » et de « reçus-collés » en Belgique francophone. Les termes « reçus-collés » sont tirés du jargon du traitement de texte. « Paste and copy ». « Couper et coller ». C'est de cette façon que les responsables politiques francophones à Bruxelles traitent les étudiants en médecine au sud de la frontière linguistique. L'ABSyM a dénoncé maintes fois cette injustice vis-à-vis des étudiants en médecine qui avaient réussi leur examen en première année et qui ne pouvaient pas poursuivre leurs études¹⁸. L'ABSyM propose depuis longtemps un concours d'entrée qui colle aux besoins et qui ne donne pas lieu à des reçus-collés et au sentiment d'injustice que cela crée. En outre, l'ABSyM a proposé une réduction à 6 ans des études de médecine, ce qui libérerait 1 an pour une année préparatoire mettant tous les étudiants au même niveau avant le concours d'entrée. Cette réduction à 6 ans permettrait d'ailleurs de mettre fin à la discrimination entre spécialistes et omnipraticiens condamnés par le Conseil d'Etat¹⁹ et faire démarrer la formation complémentaire pour tout le monde après 6 ans.

La perception d'un manque de médecins.

Parmi un certain nombre de disciplines (pédiatrie hospitalière, spécialités sous pression, médecine générale) on perçoit une pénurie. Notre politique est d'augmenter l'attractivité de ces disciplines. Nous ne pouvons qu'espérer que les moyens financiers, repris dans les accords de décembre 2007 et 2008 destinés aux disciplines les plus nécessiteuses, pourront contribuer à un changement radical en cette matière.

Le groupe que les autorités suivent de près est celui des médecins généralistes. En l'espace de 7 ans, les médecins généralistes agréés (003-004) ont augmenté de 3,7% (passant de 13.640 à 14.144) mais, entre 2007 et 2009, il y a une perte de 151 places. Le principal constat est que le nombre de médecins généralistes en formation durant cette période de 7 ans a été en recul constant, passant de 753 en 2002 à 537 en 2009, soit -28,7%.

¹⁶ Arrêté royal du 30 mai 2002 relatif à la planification de l'offre médicale. M.B. 14.06.2002 Ed. 1.

¹⁷ Arrêté royal du 16 mars 1999 modifiant l'arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes Art. 3. L'article 10 du même arrêté est complété par la disposition suivante : « Le plan de stage est accompagné d'une attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former. »

¹⁸ Cfr. Communiqué de presse du 11.07.2008 de l'ABSyM ; communiqué de presse de l'ABSyM du 15.09.2008 ; communiqué de presse du 22.10.2008.

¹⁹ Arrêt n° 166.915 du 18.01.2007 annule l'A.M. du 1 octobre 2002 modifiant l'A.M. du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrèments des médecins généralistes.

Il est indispensable de trouver une solution dans certaines régions qui connaissent des difficultés. Nous sommes adversaires de toute politique coercitive. Nous restons également partisans d'une médecine libérale et sommes donc opposés à la politique des maisons médicales politisées et des mandataires politiques qui les défendent. Le Centre d'Expertise défend injustement leur financement, qui s'avère beaucoup plus élevé que le paiement à l'acte. Impulseo aide le généraliste à l'installation et le soutient financièrement dans sa pratique, à quoi cela mène-t-il lorsqu'il y a un manque de patients. Le Gouvernement continue la dévalorisation de la médecine générale en faisant glisser la liberté et les missions du généraliste d'une part vers les pharmaciens (dossier partagé pour le suivi des soins) et d'autre part vers le médecin-conseil de mutuelle qui donnerait aux patients des conseils de traitement, mais nous sommes parvenus à faire insérer dans la loi le respect de la liberté thérapeutique du médecin traitant.

Pour augmenter l'attractivité de la médecine générale, l'ABSyM préconise :

- De lutter contre la bureaucratie, surtout dans les prescriptions.
- De faire de la médecine générale une spécialité. Dans ce cas, il faudra cependant rencontrer le souci d'éviter les reproches de discriminations dans les exigences de formations et le recrutement des maîtres de stage.
- De réaliser une simplification administrative dans tous les domaines d'activité et pas seulement dans le domaine de la prescription où les progrès sont déjà sensibles ou en cours (certificats d'incapacité, maladies professionnelles, Vierge Noire, Région Wallonne, etc...).
- De trouver une solution au problème des gardes. Il nous semble qu'il faut étudier et soutenir les initiatives sur le terrain. Nous discutons d'un subside aux centres de garde. Une solution unique pour tout le pays est difficile. La garde fait encore partie de l'activité normale des MG mais il y a de plus en plus de réticences vis-à-vis du travail de nuit. Une professionnalisation de ce travail de nuit est une solution que nous souhaitons défendre. Elle peut être étendue aux gardes du w-e et de jour en fonction des souhaits locaux mais sans priver ceux qui veulent faire des gardes de la possibilité de le faire.

Le problème des impayés s'accroît et a mérité le réexamen de l'extension du tiers payant.

- En décembre 2008, nous avons obtenu pour les généralistes inscrits au service de garde ayant au minimum 1.250 contacts/an un bonus de soutien à la pratique de 1.043 euros.
- Le souhait de disposer de temps libre pour la vie privée et familiale est légitime. L'organisation plus précoce de la garde nous agréée. Nous n'y avons jamais mis d'opposition mais nous souhaitons laisser la liberté aux médecins de choisir s'ils mettent ou non des consultations à disposition des patients le soir. S'ils le font, ces consultations doivent être mieux honorées comme nous l'avons obtenu dans l'accord en cours. Cette disposition doit être maintenue et le différentiel augmenté.
- La visite à domicile faisant partie de l'activité normale du MG, celui-ci doit bénéficier de facilités de parking. De nombreux efforts y ont déjà été consacrés. Nous continuerons jusqu'à obtenir satisfaction. Nous avons obtenu une avancée insuffisante parce que dépendant des communes qui reçoivent mission de réglementer des dispenses.
- La sécurité du médecin est aussi une de nos préoccupations.
- Une sécurité sociale minimale donnant lieu à des indemnités plus valables en cas de maladie ou d'accident.

II.6 Impulseo.

Afin de soutenir l'établissement des médecins généralistes dans leur pratique médicale, le gouvernement a libéré des moyens financiers de l'assurance obligatoire soins de santé via le fonds d'impulsion.

En date du 3 septembre 2008, dans le Moniteur Belge apparut l'Impulseo II – 2è. volet du fonds d'impulsion comme soutien des médecins généralistes dans leur pratique médicale – qui accorde aux groupements de médecins généralistes (associations ou réseaux) une intervention pour couvrir le coût salarial d'un assistant dans la pratique médicale. Les demandes de participation au coût salarial devaient être introduites au plus tard le 31 décembre 2008. En ce qui concerne le coût salarial de l'année 2008 les groupements de médecins généralistes peuvent introduire leur demande jusqu'au 30 juin 2009 via un point de soutien auprès du fonds de participation.

L'ABSyM a depuis sa création toujours dénoncé la discrimination vis-à-vis des médecins qui travaillent en solo : lorsqu'un médecin travaillant en solo fait appel à un assistant, ceux-ci devraient également pouvoir bénéficier du fonds d'impulsion. Le Conseil d'Etat spécifie dans l'impulseo II que seuls les médecins qui appartiennent à un regroupement peuvent bénéficier de ce soutien ce qui crée ainsi une différence entre médecins généralistes.

En finale un consensus fut trouvé qui modifiera les règles fondamentales du fond d'impulsion. Le nouveau texte de loi accepte explicitement des caractéristiques objectives spécifiques des médecins généralistes de leur pratique et des caractéristiques locales de la médecine générale²⁰. De cette façon les primes accordées jusqu'à présent peuvent être complétées par de nouvelles mesures en faveur des médecins généralistes qui travaillent seuls. Dans l'accord Medico-Mut 2009-2010 il a été convenu que cette règle entrerait en application à partir du 1^{er} janvier 2009²¹.

Un soutien financier a également été prévu vis-à-vis des médecins généralistes.

II.7 Les médecins interdits d'exercice

Une des préoccupations de l'ABSyM est le problème de ceux qui risquent de perdre leur agrément en médecine générale conformément aux dispositions de l'arrêté par faute d'une activité minimale de 500 contacts par an contrôlés une fois tous les 5 ans. Cela concerne 3.100 généralistes et le choix de l'ABSyM est de les défendre tous.

Sans vouloir être exhaustif, il y a des médecins qui ne s'occupent que : d'urgence hospitalière, de médecine préventive (planning familial – médecine scolaire), des médecins militaires, ceux qui s'occupent des drogués, d'handicapés, etc... ou ceux qui attendent patiemment des clients.

Sans intervention, la perte de l'agrément pourrait entraîner la perte du droit d'exercer dans le cadre de la sécurité sociale.

Diverses catégories ont déjà été transformées en sous-médecins :

- Les 000 : médecins qui n'ont de certificat ni en spécialisation ni en médecine générale ne leur permet ni de faire de consultations ni de prescrire autre chose que des médicaments.
- Les 001 : ceux qui sont dans le même cas mais qui ont commencé leur activité avant le 1er janvier 1995 ont le droit de continuer à exercer la médecine générale mais à des tarifs réduits. Ils bénéficient de droits acquis.
- Les 009 : est une catégorie intermédiaire. Ce sont des médecins qui ont commencé à exercer la médecine générale entre 1995 et 2005 à qui on a permis d'avoir le droit de prester des consultations.

Rien n'assure, jusqu'à présent, que les médecins qui perdraient leur agrément retombent dans une de ces catégories. Ce serait par ailleurs injuste.

L'ABSyM proposait de leur donner un numéro INAMI qui permettrait de continuer leur activité dans des conditions bien précises en prévoyant, le cas échéant, un retour possible vers la médecine générale.

²⁰ Loi 24.07.2008 M.B. 07.08.2008

²¹ 8.2.2.1. La CNMM préparera, sur la base de l'art. 36duodecies de la loi SSI, instauré par la loi du 24 juillet 2008, une proposition de système d'intervention dans la charge salariale d'employés qui assistent les médecins généralistes dans l'organisation administrative et l'accueil dans leur pratique. L'intervention annuelle maximale dans la charge salariale est calculée en fonction du nombre de médecins généralistes pour lesquels l'employé travaille, que ces médecins généralistes travaillent en solo ou en regroupement, de la durée hebdomadaire de l'occupation et du nombre de dossiers médicaux globaux (DMG) gérés. La CNMM émettra avant le 31 mars 2009 un avis sur les modalités concrètes de ce système d'intervention et sur les mesures de transition pour les médecins généralistes qui pour l'année 2007 avaient déjà droit à une intervention dans la charge salariale de leur employé.

8.2.2.2. La réglementation produira ses effets à compter du 1^{er} janvier 2009 et concernera les salaires qui ont été pris en charge à compter du 1^{er} janvier 2008.

II.8 Contrôle médical.

Nous avons obtenu que le contrôle médical n'intervienne pas dans le Chapitre II, sauf pour les outliers. Ceux-ci ne peuvent être sanctionnés que s'ils ne modifient pas raisonnablement leurs prescriptions après monitoring. Le contrôle médical reste une préoccupation dans la mesure où on a confié également l'évaluation des soins aux mêmes inspecteurs. Pour ces derniers le contrôle des dépenses prévaudra sur la qualité des soins des patients.

C'est dans ce cadre-là qu'il est intervenu dans la prescription des quinolones. Il est inacceptable qu'un même organisme ait à la fois dans ses compétences le contrôle, ainsi que le pouvoir de donner des sanctions d'une part, et l'évaluation d'autre part. Nous nous promettons d'agir à chaque faux pas du contrôle.

III. ACCORD MEDICO-MUTUALISTE du 17 DECEMBRE 2008 (M.B. 19.01.2009)

Etant donné que cet accord du 20 décembre 2007 a été conclu « par des circonstances politiques particulières » pour un délai d'un an, il fallut rediscuter d'un nouvel accord Medico-Mutualiste. Traditionnellement et afin d'obtenir cet accord il fallut également participer à de nombreuses réunions avant de conclure cet accord. D'une part des solutions acceptables ont du être trouvées pour les secteurs qui dépassèrent le budget de 2008 et d'autre part le Gouvernement impose une économie de 42,5 millions d'euros à réaliser par la prescription de moins de médicaments et de médicaments moins onéreux. Les 15 et 17 décembre 2008 une réunion formelle de la Médico-Mutualiste eu lieu dans le but d'arriver à un accord le 17.12.2008. Ce nouvel accord fut conclu pour une période de 2 ans. Dans cette période de crise journalière cela constitue la preuve d'un élément de stabilité et de confiance.

III. 1 Le budget

Malgré la crise financière il a été possible d'élaborer un budget soins de santé en croissance même pour les médecins. L'objectif budgétaire global de l'INAMI a progressé de € 6.094,825 en 2008 à € 6.745,365 en 2009, soit une augmentation de 10,7%, indexation comprise.

Non seulement on a pu soutirer l'index linéaire pour tous les médecins (4,32% ou un montant de € 276,348 millions), mais des moyens financiers supplémentaires de l'ordre de € 50,195 millions ont été octroyés. Le plan Cancer de la Ministre Onkelinx rapporta en dernière minute encore € 29,697 millions.

| Médecins : masse disponible (en millions d'euros) | |
|---|----------------|
| A) masse de l'index | 276,348 |
| B) Autres | 100,000 |
| Nouvelles initiatives | 50,195 |
| Plan cancer | 29,697 |
| Corrections gouvernement (index ou autre) | -13,817 |
| Budget restant des projets N0405/07 et N08/GS/00 | 1,268 |
| Mesures structurelles Medico-Mut | 32,657 |
| Totaal | 376,348 |

Tableau 12

Au total nous disposons d'une masse financière de l'ordre de € 376,348 millions. En-dehors de cette indexation, les médecins obtinrent également ce qui suit :

- Pour **les spécialistes**, un montant budgétaire d'un peu plus de trente millions d'euros a été prévu, ce qui permet de rembourser un certain nombre d'initiatives nouvelles comme des techniques plus performantes pour produire des diagnostics tels que la mammographie digitalisée ou la fluoangiographie digitalisée pour l'œil. Quelques nouveautés dans le domaine de la biologie clinique sont particulièrement intéressantes pour les patients atteints d'hépatite C. Un meilleur remboursement des tests de l'hépatite C est en cours.

Les efforts constants de l'ABSyM en faveur de l'imagerie médicale et de la biologie clinique ont eu pour effet que ces deux disciplines, qui doivent travailler sous enveloppe fermée, obtiennent leur indexation de 4,32 %, comme toutes les autres disciplines.

L'ABSyM veillera à ce que la task force visée dans l'accord – que la Ministre Onkelinx avait déjà annoncée dans sa note de politique générale à la Chambre en date du 31 octobre 2008 – ne se transforme pas purement et simplement en une machine à faire des économies ou ne serve pas de prétexte fallacieux aux gestionnaires d'hôpitaux pour transférer nos économies vers le budget des moyens financiers des hôpitaux.

Un montant, issu d'autres spécialités fut consacré aux disciplines médicales. Ainsi on a pu réaliser le rééquilibrage des pédiatres, des psychiatres, des oncologues, des internistes, des gynécologues (en ce qui concerne les actes chirurgicaux) et des gériatres. Ainsi peu à peu l'équilibre entre disciplines fut rétablie.

Les **médecins généralistes** disposeront d'un module préventif pour les patients de 45 à 74 ans. Ces modules fixeront les objectifs pour le vaccin contre la grippe chez les gens de plus de 65 ans, le mammothest chez les femmes concernées, l'arrêt du tabac et les conseils diététiques.

Ces modules seront liés au Dossier Médical Global et seront gratuits pour le patient (avec la possibilité de facturation immédiate via la mutuelle). Les patients qui prendront cet engagement bénéficieront, en plus, d'une nouvelle réduction du ticket modérateur. Dans le cadre des avantages pour le patient, on peut citer également la diminution du TM pour la visite chez le médecin généraliste des enfants âgés de moins de dix ans.

III. 2 Conventonnement partiel, exigences particulières.

Les Mutuelles avaient lancé une offensive pour la suppression de l'engagement partiel, des exigences particulières et des suppléments.

Le point le plus difficile à négocier avait trait au conventonnement partiel. La solution de *ex machina* de l'adhésion partielle à l'accord, pour pouvoir éviter la suppression pure et simple – est de limiter, pour les spécialistes, la possibilité de demander des suppléments d'honoraires aux prestations ambulatoires qui peuvent être organisées durant un maximum de quatre blocs de quatre heures par semaine²². Le médecin généraliste partiellement conventonné a le choix de ne pas être soumis aux tarifs de conventions, dans son cabinet, trois fois par semaine, pendant maximum quatre heures d'affilées, et également lors de visites sans urgence qui sont fixées en dehors des heures de visites journalières ou le schéma habituel de la tournée du médecin, lors des déplacements inhabituels, lors des visites de nuit, pendant le week-end et jours fériés et en dehors des permanences de gardes.

Un certain nombre de médecins trouvent cela totalement insuffisant et cette nouvelle réglementation pourrait avoir comme effet qu'un nombre plus important de médecins refusent l'accord au lieu d'adhérer partiellement. Tant chez les médecins généralistes (0,52%) que chez les spécialistes (2,57%) il y eut accroissement du pourcentage de déconvention en comparaison avec l'accord Médico-Mut précédent. Des 17.826 médecins généralistes actifs, 13,01% refusèrent l'accord, des 25.310 spécialistes actifs, 20,19% le refusèrent. 17,22% sur la totalité des 43.136 médecins actifs refusèrent l'accord.

²² Cfr. Point 18.4.2 de l'accord des médecins-Médico-Mut, M.B. 19.01.2009.

Ne sont également pas repris dans les tarifs conventionnés :

- La consultation des patients ambulants qui à la demande explicite du patient a lieu après 21 heures, le samedi, dimanche ou un jour férié.
- L'hospitalisation dans une chambre individuelle demandée par le patient pour raisons personnelles.

Nouveauté : le médecin a le devoir de prévenir le patient des conséquences financières dues aux exigences particulières du patient, mais ceci relève plutôt d'une adaptation de la loi des droits des patients que de l'accord en soi.

III. 3 Epargne dans le secteur de la médication.

Le Gouvernement aurait voulu imposer de nouveaux quotas obligatoires de médicaments bon marché ou génériques mais devant notre opposition, il a chargé la Commission Médico-Mutuelliste de proposer des alternatives en réalisant la même économie de 42,5 millions d'euros.

La Commission a recommandé aux médecins, pour un certain nombre de classes de médicaments, d'initier le traitement avec un médicament bon marché pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication, que ne surgissent pas d'effets pervers et que l'objectif thérapeutique soit atteint.

Mais la Commission a surtout décidé de se pencher sur la gestion du risque encouru par l'emploi de certains médicaments. L'utilisation erronée de médicaments peut entraîner des décès mais aussi des complications et des frais inutiles (soins – chômage – indemnités).

Cette gestion du risque se fera en concertation médico-pharmaceutique. Les pharmaciens peuvent, en effet, y apporter une valeur ajoutée puisqu'ils jouent un rôle important dans l'utilisation correcte des médicaments, la bonne observance et l'information.

Enfin, les trajets de soins sont également repris dans l'accord. Ils devraient entrer en vigueur à partir du 1^{er} avril 2009.

Le statut social est porté à 4.103 euros pour le médecin entièrement conventionné et à 2.018 euros pour le médecin partiellement conventionné.

IV. CONCLUSION

Malgré les menaces qui fusent de tous côtés, le syndicat a défendu la médecine avec brio en 2008.

L'ABSyM a régulièrement fait appel aux associations de patients dans la lutte pour le maintien de la qualité de la médecine. Le fil rouge reste la défense de la médecine, des médecins et leur liberté. Elle est fondée sur les principes du serment d'Hippocrate. La confiance du patient est indispensable à la bonne relation thérapeutique. Cette confiance ne peut être perpétuée que par le libre choix du médecin par le patient, la liberté thérapeutique et diagnostique du médecin et le respect de la confidentialité pour le patient. Dans ce cadre, nous défendons aussi bien la médecine pratiquée en solo que les médecins appartenant à un groupe, indépendants ou salariés.

L'évolution actuelle met ces principes en question, mais nous considérons qu'il est de notre devoir de médecin de défendre prioritairement nos patients lorsqu'il s'agit de conflits d'intérêt entre l'individu et l'Etat.

En tout cas, il est clair que ces 20 dernières années ont laissé des traces indélébiles d'une immixtion croissante de l'Etat. Tout d'abord sur le plan budgétaire et maintenant directement au niveau de notre comportement de prescription. La priorité financière a fait reculer la Belgique en 2008 du 4^e. au 12^e. rang sur 31 pays pour la qualité des soins dans l'Euro Health consumer index (J.M. 21/11/2008). C'est notamment dû au frein gouvernemental à reconnaître les nouvelles thérapies. Nous luttons pour améliorer ce niveau contre les initiatives administratives.

Il faut s'attendre à ce que ce dirigisme ne fasse que s'accroître en 2009. Le contexte international servira de couverture. Le moment n'est pas très éloigné où l'on nous interdira de traiter certains patients. Les mutuelles, avec leur nouvelle garde de médecins-conseil qui pourra être accréditée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, reçoivent des compétences quasi illimitées pour interférer dans les soins à nos patients, leurs affiliés²³.

Il est de notre devoir à tous de veiller à ce que ni eux, ni d'autres, n'utilisent abusivement ces autoroutes eHealth que Frank Robben continuera à installer inlassablement. C'est pourquoi tous les médecins doivent travailler continuellement à la qualité de nos soins et veiller à ce que les informations relatives à ces soins de qualité soient stockées correctement de manière sécurisée et à ce qu'elles ne puissent être consultées que par des personnes compétentes pour ces soins.

Une belle mission qui nous occupera encore longtemps.

²³ Article 26 de la Loi du 19.12.2008 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. 31.12.2008 ; Ed. 3)