

# GBO

## Objectifs 2005 - 2010

### Préambule

#### 1ère partie : Cadre global : les points forts

1. Accessibilité
2. Le lien privilégié patient-médecin généraliste
3. Échelonnement
4. Responsabilisation
5. L'utilisation équitable des ressources

#### 2ème partie. : Cadre de la médecine générale

1. Agrément du médecin généraliste : agrément d'une personne
2. Et les autres médecins...
3. Solo, réseaux et groupes : différentes manières de pratiquer le même métier
4. Financement du médecin généraliste : les « trois P »
5. La visite à domicile : acte spécifique du médecin généraliste
6. Le suivi à l'hôpital : à remettre à l'honneur
7. Simplification administrative
8. Soigner la qualité de vie des médecins

#### 3ème partie : Missions collectives des médecins généralistes

1. Les Cercles
2. Les gardes population
3. Les collaborations locales
4. La collaboration des cercles avec les hôpitaux
5. Les vaccinations

#### 4ème partie : Le système conventionnel

- 1 C'est le meilleur système pour les patients et les médecins
2. Négocier des accords médico-mutuellistes en deux temps
3. Rendre les accords attractifs aux yeux des médecins
3. Financer les syndicats

## 5ème partie : Des besoins en santé publique

- 1 [Numerus clausus](#)
- 2 [Formation médicale continue](#) et accréditation
- 3 Protection de la [confidentialité](#) des données du dossier médical
- 4 Politique de [médicament](#)

### *GBO* *Objectifs 2005 - 2010*

#### Préambule

La médecine générale est en **crise** en Belgique comme dans beaucoup d'autres pays.

Pour lui rendre toute sa force, il faut mettre en avant la **figure du médecin de famille** et tabler prioritairement sur le lien **interpersonnel** entre le patient et son médecin généraliste. Le patient doit pouvoir choisir librement et volontairement son médecin de famille.

Le médecin généraliste doit pouvoir endosser pleinement la **responsabilité** qui lui est confiée par son patient et tout faire pour assurer à ce dernier les meilleurs soins possibles, en jouant notamment son rôle d'**interface** entre les prestataires et les structures impliquées.

C'est de cette médecine générale là, humaine, rigoureuse, basée sur le dialogue, et assumée pleinement par le médecin de famille, dont notre société et notre système de santé ont besoin dans les années à venir.

[\(Retour\)](#)

## 1ère PARTIE Les points forts d'un système de santé

### *1. Accessibilité*

- ❖ • Pour que l'ensemble des ressources du système de santé reste accessible à tous les patients selon leurs besoins médicaux, il est

capital que **le médecin généraliste soit le point d’ancrage** entre le patient et le système de soins de santé. Patient et médecin généraliste détermineront ensemble la prise en charge adéquate pour bénéficier des meilleurs soins.

A défaut d’un tel mécanisme, le système de santé est utilisé de façon **anarchique et dispendieuse** et le risque est grand de voir s’installer une médecine à plusieurs vitesses rompant la solidarité, qui est le fondement du système belge d’assurance obligatoire.

- ❖ • Un des moyens les plus percutant pour garantir une accessibilité maximale est de **réduire** de façon drastique les **tickets modérateurs** chez le médecin généraliste au profit des patients qui ont un **Dossier Médical Global (DMG)**, consultent prioritairement leur médecin généraliste avant toute consultation chez un médecin spécialiste et jouissent du statut de « [patient nécessitant des soins complexes](#) » (voir plus loin).
- ❖ • Le système du **Maximum à facturer** doit être amélioré et mieux connu par les patients et les médecins.
- ❖ • Il faut simplifier et renforcer la collaboration entre **CPAS** et médecins généralistes pour optimiser la prise en charge des patients sans protection sociale suffisante.

[\(Retour\)](#)

## *2. Lien privilégié patient et médecin généraliste*

- ❖ • Le **DMG** est l’outil qui consacre le lien entre un patient et son médecin de famille. Il doit unir exclusivement un patient et un médecin généraliste. Même si ce dernier travaille en association avec d’autres confrères, il faut toujours un — et un seul — médecin généraliste référent.
- ❖ • L’ouverture du DMG doit se faire à l’acte et sa prolongation doit pouvoir être automatique. (1)
- ❖ L’émergence du statut de « [patient nécessitant des soins complexes](#) » (voir plus loin) — dont le but est de renforcer la collaboration entre médecins généralistes et médecins spécialistes — doit déboucher sur une revalorisation du forfait annuel global du DMG.

## (1) Règles concernant le DMG

[\(Retour\)](#)

### 3. Échelonnement

- ❖ • Le patient doit être invité et incité à **consulter prioritairement son médecin généraliste pour tout problème de santé.**
- ❖ • Pour les pathologies courantes, limitées dans le temps, chez des patients capables de se prendre en charge, il faut jouer sur la **modulation des tickets modérateurs** : le patient sera mieux remboursé de sa consultation spécialisée s'il est passé préalablement chez son médecin généraliste, gestionnaire de son DMG. Il faut aussi prévoir la possibilité d'incitants pour qu'il retourne chez son médecin généraliste, après une consultation chez le médecin spécialiste.
- ❖ • Pour les pathologies complexes, de longue durée, chez des patients fragilisés par leur(s) maladie(s), il faut renforcer la collaboration entre le médecin généraliste gestionnaire du DMG et le médecin spécialiste référent. Pour cela il faut créer le statut de « patient nécessitant des soins complexes ».
  - ❖ C'est le médecin généraliste, et lui seul, qui sera à la base de l'**attribution** de ce statut à ses patients.
  - ❖ Ce statut sera valable durant **2 ou 3 ans** et ne sera renouvelé que si le médecin généraliste continue à suivre son patient.
  - ❖ Il ne devra exister qu' **un seul statut** de « patient nécessitant des soins complexes », englobant toutes les pathologies compliquées : diabète, oncologie, BPCO, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, etc. ...
- Dès ce moment :
  - le patient bénéficiera de **meilleurs remboursements** pour certaines prestations médicales ou paramédicales et de meilleures conditions financières pour accéder à certains matériels (exemple : tiges, prothèses, ...)
  - le **médecin spécialiste référent jouira d'une**

**prime** (forfaitaire) pour la prise en charge partagée du patient

- la prestation (consultation ou visite à domicile) du médecin généraliste sera **mieux honorée** et le forfait annuel global du DMG sera nettement **revalorisé**.

On créera ainsi un système polyvalent, simple d'utilisation, valable pour tous les patients nécessitant des soins complexes.

- ❖ • Certains centres spécialisés dans les maladies rares ont une place dans l'organisation des soins, mais ils doivent tous fonctionner en « **troisième ligne** », c'est-à-dire qu'ils doivent jouer le rôle de centres de référence pour le généraliste et le spécialiste.
- ❖ Les centres spécialisés s'adressant à des pathologies courantes (Centres de la migraine, Centres de la ménopause...) n'ont aucune place dans le système de soins de santé.

[\(Retour\)](#)

#### 4. Responsabilisation

- ❖ • Une nouvelle façon de voir la « **responsabilisation des médecins** » est apparue dans l'accord 2004/2005. Elle s'adresse à l'ensemble des généralistes et prévoit que si une grande majorité d'entre eux adapte ses prescriptions aux « Recommandations de bonne pratique », un bonus sera accordé à tous, sous la forme d'une revalorisation d'honoraires. Une telle façon d'appréhender la responsabilité des médecins est défendable, pour autant qu'elle reste subordonnée à la **recherche prioritaire de la qualité des soins dus au patient**, et que les Recommandations de bonne pratique soient émises par des organisations **scientifiquement reconnues** .
- ❖ • La **responsabilisation individuelle** de chaque médecin — comme de chaque prestataire d'ailleurs — ne peut pas être éludée. La Loi de responsabilisation — mise en œuvre par le Ministre Vandenberghe en 2002 — a pour objectif de repérer et de sanctionner, après une longue procédure, tout médecin dont la pratique va manifestement à l'encontre des intérêts du patient. Le comportement hors normes est **apprécié avec**

**beaucoup de précautions par rapport à une pratique « raisonnable » ou par rapport à des recommandations de bonne pratique largement admises.** Il faut que cette loi soit appliquée sans tergiversations en sachant qu'elle porte sur des fautes précises, commises par des médecins dûment identifiés, qui doivent répondre de leurs actes (2).

*(2) Cette loi ne doit pas être détournée de son objectif. Ainsi, il ne peut être question de l'appliquer de façon automatique à des groupes de médecins, par exemple, à ceux qui se situeraient au-delà du percentile 90 ou en dessous du percentile 10 pour des prescriptions de tel ou tel médicament ou de tel ou tel acte technique.*

Le GBO veillera scrupuleusement à une application de la Loi respectueuse des droits de la défense et il s'engage à aider ses membres à faire respecter leurs droits.

[\(Retour\)](#)

## *5. Utilisation équitable des ressources*

Un des défis majeurs à relever par tous les systèmes de santé est de trouver le **juste milieu entre deux politiques extrêmes**. L'une consacrerait la majeure partie des ressources du système à la dispensation de soins sans limites, parfois exagérément sophistiqués, sans souci de réelle utilité pour la qualité de vie des patients; l'autre concentrerait les dépenses sur des pathologies sélectionnées, opérant une sélection des risques et des patients. Le médecin généraliste est sans conteste la **personne clé** dans le système de soins pour assurer un juste milieu et garantir à tous l'accès aux soins nécessaires, même techniquement sophistiqués si besoin en est, tout en **freinant les abus** dans l'utilisation des examens inutiles et coûteux. Cette démarche est indispensable, tant pour des raisons médicales individuelles (iatrogénicité) que pour des raisons sociales (assurer à tous les malades des soins d'une réelle utilité).

La **sophistication** technologique mise en oeuvre par la recherche médicale doit être financée par un **budget spécifique** et ne peut émarger au budget de l'INAMI comme c'est encore trop souvent le cas.

[\(Retour\)](#)

# GBO

## Objectifs 2005 - 2010

### 2ème partie

#### Les points forts d'une bonne médecine générale

##### *1 L'agrément du médecin généraliste*

- ❖ • Pour exercer la médecine générale, le médecin doit disposer du titre professionnel de « **médecin généraliste agréé** ». C'est son passeport, intimement lié à sa personne, qui atteste qu'il a suivi la formation complémentaire requise et qu'il satisfait aux exigences de l'arrêté ministériel du 3 mai 1999. Ce **passeport est « universel »** c'est-à-dire qu'il donne accès à **toute la nomenclature** du médecin généraliste et qu'il reste valable quel que soit l'endroit ou le mode d'exercice de la médecine générale (pour telle ou telle implantation géographique du cabinet ; en solo, en réseau ou en groupe ; plein temps ou temps partiel ; début ou fin de carrière...).
- ❖ • Tant qu'un médecin généraliste répond aux **exigences de l'arrêté** ministériel du 3 mai 1999, il conserve son agrément et en corollaire son droit d'accès à toute la nomenclature de médecine générale (honoraires, forfaits, etc).
- ❖ • La réforme en cours de l'Arrêté ministériel de 3 mai 1999 (3) donne mission à la Commission d'agrément de veiller au **respect des critères d'agrément** dans le groupe des médecins généralistes 003-004. Les médecins généralistes qui s'écartent manifestement des critères perdront leur agrément (4), par une procédure simple, transparente et respectueuse des leurs droits. Cette procédure de contrôle de l'agrément doit être élaborée sous la responsabilité du Conseil Supérieur des Médecins Généralistes et Médecins Spécialistes. Les moyens financiers nécessaires à cette fin doivent être trouvés.

**Rappelons que tout médecin généraliste qui perdra son agrément pourra le récupérer à partir du moment où il répondra à nouveau aux critères de celui-ci.**

(3) Voir GBO Argument de janvier-février 2005

(4) La procédure prévue de contrôle de l'agrément est une reconduction automatique de l'agrément sauf si le médecin généraliste

- ne peut présenter de certificat de participation à la garde (fourni par le Cercle)
- ne gère aucun Dossier médical global
- a une activité qui se situe sous le seuil minimum de 500 prestations par an
- ne participe pas à une formation continue validée

❖ **En aucun cas le GBO n'acceptera une procédure de recertification (5).**

(5) Recertification : procédure obligeant tous les médecins à repasser périodiquement (tous les 5 ans par exemple) des examens théoriques et pratiques. La poursuite de l'exercice de leur métier ne serait possible qu'à condition de réussir ces épreuves.

❖ • L'attention portée au respect des critères d'agrément parmi les médecins généralistes 003-004 ainsi que la communication par ces médecins de leur lieu d'activité au Service Public Fédéral Santé, aboutiront à l'établissement d'un **cadastre correct des forces effectives en Médecine générale.**

[\(Retour\)](#)

## 2 Les autres médecins

❖ • A côté des 003-004 (médecins généralistes agréés), des 005-006 (médecins généralistes en formation) et des 001-002 (médecins généralistes avec droits acquis), subsistera un groupe de médecins, appelés **médecins non-agrésés (code 009)** où se retrouveront:

a) les médecins qui auront obtenu leur numéro 001/002 entre le 1.1.1995 et le 31.12.2004 (en contradiction avec la directive européenne);

b) les médecins généralistes 003/004 qui perdront leur agrément;

Les prestations de ces médecins (et leurs prescriptions) devront

être financées **hors du budget** de la médecine générale. L'octroi ou non du statut social INAMI dépendra du cadre de leur travail.

- ❖ • Dans cette catégorie 009 se retrouveront donc les médecins généralistes — avec ou sans BMA — dont **l'activité exclusive** se situe à l'**hôpital** (service des urgences, service d'orthopédie, soins palliatifs, etc.). Cette situation ne peut être que transitoire. Le GBO est d'avis qu'il est indispensable de réactiver et revaloriser **l'interniste général**, spécialiste exclusivement hospitalier, pour assurer ces fonctions.
- ❖ • Quant aux diplômés en médecine qui, après le 1 janvier 2005, au terme de leur 4<sup>ème</sup> doctorat, n'entreprendront ni une formation en médecine générale ni une formation en médecine spécialisée, ils ne seront **pas** considérés comme **médecins praticiens actifs**. Ils n'auront pas de numéro INAMI, pas de statut social et juste un droit de **prescription de médicaments** pour eux-mêmes et leurs proches, hors budget INAMI.
- ❖ • Les médecins dont une partie de l'activité se situe en dehors de la médecine générale (à l'hôpital, en MRS, en soins palliatifs, par exemple) peuvent conserver leur agrément à condition que cette **activité accessoire** ne dépasse pas un certain volume et que la **continuité des soins** soit garantie pour leurs patients. Il en est **de même** pour les médecins ayant une **activité sélective** (médecine de l'obésité, acupuncture, homéopathie...) qui peuvent conserver leur agrément à condition que leur activité sélective ne dépasse pas un certain volume et que la continuité des soins soit garantie.

[\(Retour\)](#)

### *3. Solo, réseaux et groupes : différentes manières de pratiquer le même métier*

- ❖ • La pratique de la **médecine générale en solo** a encore de beaux jours devant elle. D'autant plus que le praticien solo n'est en aucune manière un praticien solitaire. Au contraire, il fait partie d'un Cercle local, d'un groupe de garde, d'un GLEM, d'un Dodécagroupe, d'un Centre de coordination de soins et de services à domicile, d'un SISD, etc. Par ailleurs, nombreux sont

ceux qui partagent à plusieurs un même assistant. C'est donc un médecin parfaitement intégré dans son environnement médical et social. Ce qui le caractérise, c'est qu'il est **seul à gérer son travail**.

- ❖ • Le **travail en équipe** est cependant appelé à se développer car il attire particulièrement les **jeunes générations** de médecins généralistes, en particulier les **femmes**. Il doit être encouragé, que ce soit sous la forme de réseaux (plusieurs médecins généralistes collaborent étroitement mais chacun conserve son cabinet) ou sous la forme de groupes (les médecins généralistes travaillent sous un même toit). Dans toutes ces situations, **il importe que chaque patient conserve son médecin généraliste**, gestionnaire de son DMG, mais qu'il puisse bénéficier des avantages du DMG à l'intérieur du réseau ou du groupe.
  
- ❖ • Le GBO exige l'enregistrement, la **reconnaissance** et le financement des associations et réseaux de médecins généralistes sur base de l'Arrêté Royal 78, article 35 duodecies (loi Pax Medica du 29.1.1998) qui fonde légalement l'organisation des collaborations entre médecins.  
**Cette matière ne doit interférer en aucune manière avec la législation sur l'agrément du médecin généraliste.**
  
- ❖ • Par définition, tout médecin généraliste qui participe à un réseau ou travaille dans un groupe doit être un médecin généraliste **agrée**.

[\(Retour\)](#)

#### *4. Le financement du médecin généraliste : « les trois P »*

- ❖ • La meilleure façon de permettre au médecin généraliste d'être correctement payé pour son travail est de combiner **trois modes** complémentaires de rétribution.

##### *a) Le paiement à la prestation*

C'est un **paiement à l'acte**, selon une nomenclature évolutive, propre aux médecins généraliste. Ce système est souple, colle à

la réalité et est garant de l'indépendance du médecin généraliste si le paiement est direct.

Le GBO veut que les honoraires et les revenus des médecins généralistes belges atteignent les honoraires et revenus moyens des médecins généralistes des **pays limitrophes au plus tard en 2010** .

In fine, atteindre un revenu équivalent à la charge salariale totale du médecin-conseil des mutuelles belges paraît être un minimum.

*b) Le paiement par patient (= paiement à la capitation):*

En variant selon le nombre de patients soignés par un médecin généraliste, ce système reflète bien le volume de travail lié à chaque **patientèle**.

Exemple : le forfait DMG par patient est un paiement à la capitation.

*c) Le paiement par prestataire (= paiement à la fonction) (5) :*

En médecine générale, un certain nombre de **tâches** effectuées par le médecin généraliste ou de **missions** à remplir par lui ne peuvent être financées selon les modes de paiement « à la prestation » ou « par patient ». Un paiement forfaitaire — honoraire à la fonction — est alors le plus indiqué.

Exemples : forfait annuel de l'accréditation, forfait DMI, forfait annuel global DMG, honoraire de disponibilité, prime d'installation dans des quartiers difficiles (pour le futur), etc

(5) *Attention : un paiement par prestataire ne signifie pas un paiement par «pratique» (praktijktoelage), si cher à nos confrères flamands.*

- ❖ • Il est important que **tout médecin** généraliste agréé puisse, sans la moindre restriction, avoir accès à ces **trois formes** de rétribution. Toute discrimination qui réserverait tel ou tel mode de paiement à tel ou tel type de médecin généraliste est à proscrire.
- ❖ • Il est indispensable de prévoir, lors de la négociation des conventions médico-mutuellistes, des règles **strictes** en ce qui concerne les **délais de paiement** des différents forfaits, en

prévoyant des intérêts moratoires au taux du marché en cas de dépassement des délais fixés.

De même, il est indispensable de prévoir des règles strictes en ce qui concerne les délais de paiement des honoraires facturés en tiers-payant. A terme il faut aboutir à des facilités de facturation par voie électronique.

[\(Retour\)](#)

### *5. La visite à domicile : acte spécifique du médecin généraliste*

- ❖ • La médecine générale ne se conçoit pas sans **visites** du médecin généraliste au domicile de ses patients. C'est une **prestation spécifique** du médecin de famille. Elle permet d'appréhender le patient dans son environnement familial, social et culturel. Elle fait voir la maison, le quartier, l'habitat régional. Ainsi, en très peu de temps, le médecin généraliste peut prendre connaissance d'**informations** qui seront **capitales** pour bien soigner son patient. De plus, pour certaines catégories de patients, la visite à domicile est le **seul contact possible** avec leur médecin. Elle seule permet la prise en charge globale et le maintien à domicile de personnes âgées, de patients handicapés, etc.
- ❖ • La visite à domicile doit demeurer une **prestation essentielle** et exclusive de la médecine générale, bien honorée et bien remboursée. **Les tickets modérateurs ont atteint actuellement un plafond et ne doivent plus être augmentés.**
- ❖ • Le nombre total de visites à domicile réalisées par les médecins généralistes est plus élevé en Belgique que dans la plupart des autres pays. Il faut considérer cela comme un **avantage** pour notre population. Une **décroissance spontanée** du nombre de visites à domicile s'observe cependant depuis quelques années ; elle peut être tolérée à une double condition:
  - il ne faut pas l'accentuer par des mesures contraignantes et/ou financières;
  - le budget économisé doit rester dans le giron de la médecine

générale.

[\(Retour\)](#)

## 6. Le suivi à l'hôpital doit être remis à l'honneur

- ❖ • Le **rôle** du médecin généraliste au cours de l'**hospitalisation** de ses patients est capital, même si le médecin généraliste ne fait évidemment pas partie de l'équipe médicale hospitalière (voir 3eme partie)
- ❖ • L'admission d'un malade à l'hôpital devra toujours — sauf exceptions telles que incident sur la voie publique ou urgence vitale — être **décidée** par (ou avec) le **médecin généraliste** gestionnaire du DMG du malade ou de son remplaçant. Dans cette hypothèse, un maximum d'informations pertinentes concernant le malade sera transmis par le médecin généraliste à l'hôpital. Pour toute hospitalisation il conviendra qu'un médecin **spécialiste bien identifié** soit **responsable** de la prise en charge du patient et qu'un contact direct (par téléphone, fax, E-mail ou SMS) ait lieu entre le médecin généraliste et ce médecin spécialiste référent. Aujourd'hui le patient est trop souvent englouti par la machine hospitalière, notamment le service des urgences, sans que le médecin généraliste ne soit informé du devenir de son patient.

En fonction de l'âge du malade, ce médecin spécialiste référent sera un interniste général, un gériatre ou un pédiatre. Ses prestations, qui sont surtout des actes intellectuels, doivent être **correctement honorées**. Un **contact permanent** devra être maintenu pendant toute l'hospitalisation entre le médecin généraliste et ce médecin spécialiste référent qui assume la supervision globale du patient.

- ❖ • Il faut encourager le médecin généraliste à **rendre visite** à son patient au cours de son séjour à l'hôpital car, plus que jamais, le patient a besoin en ces circonstances de conseils éclairés et de réconfort. Dans cette optique, il faut modifier la définition de la « visite au bénéficiaire hospitalisé » en supprimant la clause « à la demande expresse du patient ou de sa famille ». Il faut également permettre une **visite hebdomadaire** si l'hospitalisation dépasse la durée d'une semaine. Cet honoraire,

qui doit au minimum être égal à celui d'une visite à domicile normale, pourra être facturé en tiers payant, et être encaissée par la perception centrale de l'hôpital.

- ❖ • La **sortie de l'hôpital** du patient devra toujours être préparée et exécutée en **concertation** prioritaire entre le médecin spécialiste référent (pédiatre, gériatre ou interniste général) et le médecin généraliste, les **équipes** coordonnées de soins à domicile n'intervenant que dans un 2<sup>ème</sup> temps **à la demande du médecin généraliste et du patient**.
- ❖ • Dans le futur, le médecin généraliste devrait recevoir pour tout ce travail (admission du patient, suivi en cours d'hospitalisation, concertation avec le médecin hospitalier, assistance opératoire éventuelle et sortie de l'hôpital) une **rétribution spécifique**, plutôt sous une forme forfaitaire par épisode d'hospitalisation, modulée sur l'importance de la pathologie et/ou de la durée de l'hospitalisation, payée directement par l'INAMI.

[\(Retour\)](#)

## 7 *Simplification administrative*

- ❖ • Le travail administratif doit être simplifié au maximum afin de permettre au médecin généraliste de placer le patient au centre de ses préoccupations. A ce titre, nous demandons :

### **L'abolition du système des Bf a priori.**

C'est la responsabilité du médecin de prescrire à son patient le médicament qui lui sera le plus adéquat (type, qualité, prix). Un contrôle à posteriori, sur base du DMG, peut éventuellement être institué pour certains médicaments.

### **La simplification de la prescription des médicaments**

Le médecin doit pouvoir prescrire la totalité d'un traitement chronique sur une seule ordonnance, c'est-à-dire pouvoir prescrire plusieurs conditionnements d'un même médicament sur une seule ordonnance.

### **L'uniformisation des certificats**

Il faut un modèle national, unique, de certificat d'incapacité de

travail et de certificat d'accident de travail, à définir par arrêté royal, et qui s'applique à tous les travailleurs du royaume.

### **Une refonte de la nomenclature**

Il faut une simplification de la nomenclature qui concerne les visites (visites multiples, visites en home/MRS, etc).

### *8. Améliorer la qualité de vie des médecins*

❖ • Nous voulons intégrer dans le **statut social** de l'INAMI :

- Une protection particulière des grossesses
- Un congé de maternité digne de ce nom
- L'instauration d'une récupération rémunérée après un WE de garde
- Une politique correcte des fins de carrière

❖ • Nous voulons que les médecins puissent déduire fiscalement :

- l'organisation des gardes d'enfants en dehors des heures de bureau
- les frais de personnel domestique

❖ • Des **compensations particulières** doivent être octroyées aux médecins pour rétribuer les tâches et fonctions de « service public » qu'ils assument (la garde « population » par exemple). Il pourrait s'agir par exemple de primes à l'engagement de personnel administratif.

❖ • Le GBO exige la mise sur pied d'un système de responsabilité basé sur le « **no fault** » avec exclusion des poursuites pénales lorsque le patient choisit la voie du « no fault ».

[\(Retour\)](#)

**GBO**  
**Objectifs 2005 - 2010**

[3ème partie](#)

[Missions collectives des médecins généralistes](#)

## 1. Les Cercles

- ❖ • Certaines tâches à assumer par la médecine générale exigent que tous les médecins généralistes d'une région donnée, qu'ils travaillent en solo, en réseau ou en groupe, se mobilisent en bloc et **coordonnent leurs efforts**.  
Les **Cercles de médecins généralistes** trouvent ici leur raison d'être. Leur agrément, en cours, doit être mené à son terme en se basant prioritairement sur les structures et sur les collaborations «historiques» mises sur pied par les médecins généralistes eux-mêmes.
- ❖ • Leur **financement**, actuellement notoirement insuffisant, doit être adapté au rythme des objectifs du Service Public Fédéral de la Santé. Ces objectifs doivent être élaborés en concertation avec les Cercles. Ils doivent rester réalistes et tenir compte du développement progressif des Cercles.  
C'est au sein du Service Public Fédéral de la Santé que doit être puisé le budget nécessaire.  
La gestion de ce budget doit associer les autorités publiques, les représentants des Cercles et les représentants des syndicats médicaux des médecins généralistes.

## 2. Les gardes population

- ❖ • Les **gardes « populations »** font partie des missions de base de la médecine générale. Leur **organisation** incombe aux Cercles. Une mobilisation de toutes les forces vives de la médecine générale se révèle de plus en plus nécessaire pour arriver à persuader les médecins généralistes, surtout les plus jeunes, à assumer cette tâche essentielle.
- ❖ • Les conditions nécessaires à la pérennité de cette mission sont:

- a) Une **définition** claire de la garde population.  
Il doit s'agir d'offrir à la population — donc à tous les patients d'une région — une réponse aux problèmes médicaux survenant pendant la durée de la garde.
- b) La reconnaissance par l'État fédéral que la garde population est une **mission de service public** qui doit être honorée

comme telle.

c) Un **échelonnement** le plus rigoureux possible entre les soins de garde offerts par la médecine générale et ceux offerts par les hôpitaux.

d) Un **financement accru**, tant pour les Cercles, organisateurs de ces gardes, que pour les médecins généralistes qui les assurent.

Pour ces derniers, la revalorisation de l'honoraire à l'acte et de l'honoraire de disponibilité doit se poursuivre et le système d'honoraire de disponibilité doit être étendu progressivement à toute la **semaine**. Pour les Cercles, le financement doit être équitable et basé sur des critères objectifs simples.

e) Une **diversification** du type de services de garde (visites à domicile classiques, cabinet de garde...) offerts par la médecine générale.

Chaque Cercle doit pouvoir fournir un service adapté à l'importance de la population, la taille du territoire, la présence d'hôpitaux proches, le type de population, la disponibilité des médecins généralistes... etc.

f) Un souci prioritaire pour la **sécurité** des prestataires (d'autant plus prégnant que de plus en plus de femmes exercent la médecine générale).

g) Une recherche permanente du meilleur service, en expérimentant sans cesse de **nouvelles formules** (6).

Le poste budgétaire afférent à cet objectif doit être considérablement augmenté et géré par les médecins généralistes.

h) La mise à disposition d'un **véhicule de fonction prioritaire**.

Les problèmes de déplacement dans les villes devenant difficiles à gérer en situation d'urgence, un véhicule de fonction prioritaire devrait être mis à la disposition du médecin « mobile » (= le médecin rattaché au poste de garde et qui assume les visites à domicile pour les patients qui ne sont pas en état de se déplacer au poste de garde).

(6) *cf. expériences en cours dans le cadre de l'Arrêté Royal du 16 janvier 2003 qui reconnaît et finance des « Projets temporaires et expérimentaux en rapport avec les services de garde des médecins généralistes ».*

[\(Retour\)](#)

### 3. Collaborations locales

- ❖ • Les collaborations locales entre tous les acteurs de santé, à l'échelon d'un territoire proche du patient, doivent se renforcer en respectant la **hiérarchie des compétences**. En matière de prise en charge d'un patient à domicile, c'est le médecin généraliste qui assume la responsabilité finale des soins. Les autres professionnels de santé jouent tous un rôle spécifique et irremplaçable mais toujours **sous le contrôle du médecin généraliste choisi par le malade**.
  
- ❖ • La fonction de « **Coordination de soins et de services** » est essentielle : elle peut être exercée par le **médecin généraliste** s'il en a le temps mais il peut déléguer cette fonction à un(e) infirmière, un(e) ergothérapeute ou un travailleur social, compétents pour cette fonction. Cette coordination doit toujours s'effectuer en étroite **collaboration avec le médecin généraliste du patient**.  
Dans l'intérêt des malades, il est impératif que dans une région donnée, les différentes initiatives de coordination mises en place se moulent dans une seule structure bien identifiable, pluraliste, apolitique, transparente et gérée paritairement avec les représentants du cercle local de médecins généralistes.
  
- ❖ • Le travail presté par les médecins généralistes dans ce champ d'activité doit être rétribué selon la clé des « trois P » (voir page... ..) en privilégiant la simplicité et l'efficacité. Le forfait pour «coordination multidisciplinaire » est une approche intéressante mais il faut simplifier la formule de financement.

[\(Retour\)](#)

### 4. Collaborations des Cercles avec les hôpitaux.

- ❖ • Il faut inventer une **relation de type égalitaire** entre les hôpitaux et les Cercles de médecins généralistes.  
Le préambule à ce nouveau rapport de forces, c'est un véritable **échelonnement** des soins.  
Alors seulement des accords de collaboration prendront de la valeur et respecteront la fonction des médecins généralistes.

❖ • Il faut en finir avec

- l'**extension** sans limite des **services d'urgences** hospitaliers qui, par toutes sortes de formules, mettent les médecins généralistes hors jeu;
- la **captation** de tous les bilans préopératoires par les anesthésistes et de tous les diabétiques par les fameux «Centre de diabétologie ».
- l'**impossibilité** grandissante d'avoir des **contacts** directs avec les médecins spécialistes à propos de nos patients hospitalisés;
- les **reconvocations** tous azimuts entre différents services;
- les **sorties** d'hôpital qui ignorent le médecin généraliste traitant;
- la colonisation de l'informatique des médecins généralistes par les systèmes hospitaliers...

Bref, une concertation entre hôpitaux et généralistes est indispensable et **URGENTE** pour inverser le sens de ces dérives hospitalocentriques.

❖ • Il faut rappeler que la place du médecin généraliste est en ambulatoire et non à l'hôpital. Le cadre hospitalier doit intégrer des médecins pour les urgences (urgentistes, spécialistes en médecine aiguë) et pour les différents services (internistes généraux). Ce n'est pas le rôle des médecins généralistes (voir 1ère partie II).

[\(Retour\)](#)

## 5 Les vaccinations

Pour améliorer la **couverture vaccinale** de base de l'ensemble de la population (enfants et adultes), il est impératif que le médecin généraliste puisse disposer aisément des vaccins nécessaires. Cet accès doit passer par le circuit des pharmaciens chez qui le médecin généraliste doit pouvoir **s'approvisionner gratuitement**.

[\(Retour\)](#)

**GBO**  
**Objectifs 2005 - 2010**

## 4ème partie

### Le système conventionnel

#### *1 C'est le meilleur système*

- ❖ • Le système conventionnel permet des **négociations** entre partenaires mutuellistes et prestataires, sur des objectifs en matière de santé, sur leurs financements, sur la fixation de leurs coûts et de leurs remboursements, .

Il est placé sous la responsabilité finale du Gouvernement et du Parlement qui trace les grandes orientations, avalise les conventions signées et arbitre et tranche en cas de blocage.

- ❖ • Il doit rester « **global** », en impliquant au maximum l'ensemble des bénéficiaires, l'ensemble des prestataires et l'ensemble des prestations du champ de la santé.
- ❖ • Il faut en finir avec ce sentiment trop souvent répandu que la convention c'est le piège, le carcan, la pire des solutions... Au contraire, il faut insister sur les **avantages** que les accords médico-mutuellistes, qui sont le résultat tangible d'une convention bien négociée, apportent.

- Aux patients, les accords apportent la **sécurité tarifaire**, une transparence dans la fixation des coûts et des remboursements et une stabilité dans le temps de l'offre des soins médicaux.

- Aux médecins, une convention bien négociée :

entraîne une **croissance** raisonnable du montant des **honoraires**, et donc des revenus;

**évite une concurrence** débridée entre médecins et/ou groupes de médecins (7)

donne des garanties de revenus et donc la possibilité de planifier sa carrière;

permet une certaine **orientation** de la politique de santé qui répond à leurs aspirations

apporte un « **statut social** » qui est la contrepartie légitime de leur respect des honoraires négociés

(7) *Il est fort probable que sans une convention, les prix des actes médicaux*

*joueraient à la baisse, encourageant la multiplication des actes « alimentaires » et une baisse de qualité et de motivation en conséquence.*

- Pour le Gouvernement et les partenaires sociaux qui financent le système des soins, les conventions signées entre Organismes Assureurs et prestataires sont la meilleure formule pour garantir à la fois la qualité et un coût raisonnable.

[\(Retour\)](#)

## 2. *Négocier les accords médico-mutuellistes en deux temps*

❖ • La négociation des accords dans le secteur des honoraires médicaux doit se dérouler en **deux temps**.

1ère phase: les représentants de tous les médecins — médecins généralistes et médecins spécialistes — négocient le budget global des honoraires et se **partagent équitablement** le budget et la masse d'indexation. Dans les années qui viennent, la clé de répartition de la masse d'indexation devra tourner autour de 60 % pour la médecine spécialisée et 40 % pour la médecine générale afin d'autoriser une nécessaire revalorisation des **actes intellectuels des médecins généralistes**.

2ème phase : chaque groupe (médecins spécialistes d'un côté, médecins généralistes de l'autre) **dispose librement** de son «budget» pour l'affecter aux prestations de son groupe.

[\(Retour\)](#)

## 3. *Rendre les accords attractifs aux yeux des médecins*

❖ • Il faut rendre la **convention très attractive** afin de convaincre le médecin que son intérêt bien compris est d'y souscrire. Il faut également renforcer l'implication des médecins dans l'acceptation de la convention : le mécanisme « qui ne dit mot consent » devrait être aménagé.

❖ • Le « **statut social** » doit être largement majoré et réservé aux médecins cliniciens, c.à.d. ceux qui ont réellement une activité clinique.

- ❖ • Le GBO plaide en plus pour la suppression du déconventionnement partiel et pour la simplification du système des « exigences particulières » (9).

(9) *Les « exigences particulières » définissent des situations où les médecins conventionnés sont déliés des règles de ladite convention et peuvent appliquer des honoraires libres.*

[\(Retour\)](#)

#### 4. *Financer les syndicats*

Selon les termes de la loi, ce sont les syndicats représentatifs (8) qui se retrouvent dans les négociations. L'INAMI doit financer partiellement le rôle éminemment utile rempli par les syndicats médicaux dans l'organisation générale de la dispensation des soins. Le GBO réclame donc la mise en œuvre concrète du projet d'AR sur le **financement des syndicats médicaux**, approuvé en Commission nationale médico-mutuelliste du 29 novembre 2004. **Le GBO n'exclut pas la représentativité de syndicats monodisciplinaires mais cette dernière devrait être inscrite dans la loi et associer de façon équilibrée des représentants des deux Communautés linguistiques.** La négociation en deux temps des accords médico-mutuellistes (voir point 2) resterait bien entendu d'application.

(8) *Un syndicat médical est dit représentatif, lorsqu'il répond aux conditions suivantes :*

- être multidisciplinaire, associant généralistes et spécialistes*
- être linguistiquement mixte, regroupant des médecins francophones et néerlandophones*
- compter au moins 1500 membres*
- se présenter aux élections syndicales et recueillir des suffrages*

Il est donc capital que les syndicats soient soutenus activement par leur « base » et qu'un maximum de médecins paient leur cotisation!

[\(Retour\)](#)

**GBO**  
**Objectifs 2005 - 2010**

[5ème partie](#)  
[Des besoins en santé publique](#)

*1 Numerus clausus*

Si numerus clausus il doit y avoir, il faut que la sélection se fasse au plus tard à la **fin de la première candidature**.

[\(Retour\)](#)

*2. Formation médicale continue*

- ❖ • L'organisation pratique et la définition du contenu de la formation continue doivent rester **aux mains des associations** scientifiques actives en médecine générale et des CUMG et ne peuvent être soumises aux influences de groupes extérieurs à la médecine comme par exemple les firmes pharmaceutiques ou les mutuelles.
- ❖ • Les **syndicats** de médecins généralistes doivent être **associés** pour définir le cadre dans lequel se conçoit et évoluera la formation continue, définir les critères de qualité auxquels devrait répondre une formation continue valable et négocier auprès des instances officielles d'éventuels **incitants** financiers.
- ❖ • Le GBO propose donc la création d'une **Commission Tripartite** de médecine générale pour permettre aux différents partenaires mentionnés plus hauts (associations scientifiques - CUMG - syndicats de médecins généralistes) de développer, dans le domaine de la formation continue, une action harmonieuse, chacun à son niveau de compétence.
- ❖ • Le GBO plaide pour la mise sur pied d'un **Fonds** commun de formation continue. Ce Fonds serait alimenté par la mise en commun des subsides de la Santé Publique, de l'INAMI, des Communautés et d'une taxation affectée imposée aux firmes pharmaceutiques.

Il serait géré par la Commission Tripartite de médecine générale citée plus haut.

- ❖ • **L'accréditation** doit rester un incitant à développer certains types de formations, en tête desquelles nous retenons :
  - la **réflexion** collective en petits groupes (GLEM, Dodécagroupes...)
  - l'assimilation de nouvelles **techniques** d'apprentissage dûment validées (par exemple formation sur internet)
  - l'approfondissement de certains aspects **socio-économiques** de la pratique médicale.

Une sérieuse simplification organisationnelle et administrative du système de l'accréditation est requise.

- ❖ • Le GBO estime qu'un **supplément d'honoraires à l'acte** pour les médecins qui ont suivi un certain nombre d'heures de formation continue (comme c'est le cas actuellement dans le cadre de l'accréditation) n'est **pas adéquat** car la rétribution de la formation continue devrait être liée aux efforts de formation continue réellement consentis plutôt qu'à l'importance de la clientèle.

[\(Retour\)](#)

### *3. Protection de la confidentialité des données du dossier médical*

- ❖ • Légalement, le médecin conseil d'une mutuelle dispose implicitement d'un droit d'accès aux données du DMG « dans le cadre de sa mission »

Il est capital de **limiter l'accès du Médecin Conseil** des OA exclusivement aux documents qui intéressent les missions qui lui sont confiées (remboursement et indemnités).

**Il faut donc interdire légalement au Médecin Conseil des OA toute possibilité d'accès direct au DMG en particulier par voie télématique.**

Il serait donc extrêmement **imprudent d'envisager une version télématique** (c'est à dire consultable à distance) du DMG tant que cette interdiction n'a pas été établie légalement.

- ❖ • Plusieurs **sociétés commerciales** récoltent des données de prescriptions auprès des pharmacies sans avoir recueilli l'accord des médecins et des patients.

Ces données sont transmises à des sociétés commerciales à des fins d'analyse de marketing.

Le **GBO conteste la légalité** des activités de ces sociétés dans la perspective du respect de la vie privée des patients et des médecins

- ❖ • Il faut que toutes les personnes ou institutions qui veulent accéder aux données de notre dossier médical (compagnies d'assurances, Santé publique...) respectent le code de déontologie et les prescrits légaux (commission de la vie privée)

[\(Retour\)](#)

#### *4 Politique du médicament*

- ❖ • Les règles de la **prescription** doivent être **modifiées** : adaptation des conditionnements de médicaments aux durées habituelles des traitements (avec évolution vers les emballages unidoses), possibilité de prescrire plusieurs conditionnements d'un même médicament sur une seule ordonnance...
- ❖ • Les règles de la **délivrance** des médicaments doivent être aménagées : **substitution interdite** sauf autorisation explicite du médecin, système qui empêche la vente multiple d'un même conditionnement (code barre autocollant ou autre), respect strict des critères légaux lors de la délivrance des prescriptions rédigées en DCI, ...
- ❖ • Il faut mettre en place un **organisme indépendant** chargé du **contrôle** a priori et a posteriori des publicités pharmaceutiques destinées aux corps médical, avec sanctions dissuasives en cas de dérapage (indications indues, minimisation des effets secondaires.. etc) et publication des jugements (par ex. dans les Folia). Le GBO propose que cette fonction soit prise en charge par l'Agence du médicament dont nous proposons la création (voir infra).

Il faut interdire strictement toute forme de publicité « grand public » pour des médicaments sous ordonnance, y compris les "publicités rédactionnelles" en radio et télévision.

- ❖ • Il faut **légiférer** sur l'expérimentation humaine pour obtenir, entre autres, une amélioration de la **qualité des essais cliniques** et une meilleure disponibilité des résultats (registre de

toutes les études initiées, mise à disposition des résultats de toutes les études, y compris donc des essais négatifs, caution d'un statisticien indépendant.. etc).

- ❖ • Le GBO propose la création d'une **Agence du médicament**, qui regrouperait sous une même autorité, avec une présence forte des médecins généralistes, toutes les instances qui s'occupent actuellement du médicament (Commission d'enregistrement, Commission de transparence, pharmacovigilance etc) et qui s'occuperait en plus du contrôle de la publicité des médicaments et du contrôle du bon déroulement des études cliniques et de leur bonne interprétation.

[\(Retour\)](#)