

Memorandum de l'Association Belge des Syndicats Médicaux

Réponses du centre démocrate Humaniste

1. L'augmentation des dépenses

Compte tenu des besoins actuels et futurs en matière de santé dans notre pays, il importe d'investir dans notre système de santé les moyens nécessaires à son fonctionnement et à son développement. Le secteur des soins de santé est d'ailleurs un secteur de production (création de valeur ajoutée) et de création d'emplois. Une bonne santé contribue à la productivité, à l'offre de main d'œuvre.

Si la croissance des dépenses en soins de santé est nécessaire, il importe toutefois de veiller à ce qu'elle ne se traduise pas par une limitation inconsidérée des parts du budget de l'Etat pour les autres postes de dépenses – l'éducation, la sécurité, les énergies renouvelables, etc. Ces politiques méritent, elles aussi, toute notre attention.

Le cdH propose de maintenir à court terme la norme de croissance des dépenses de soins de santé à 4,5% (croissance annuelle en terme réel) afin de répondre adéquatement aux besoins objectifs et aux défis à venir.

Mais il s'agira également de tendre à terme vers un abaissement de la norme de croissance en poursuivant les efforts de gestion afin de garantir un financement réaliste et de veiller à l'équilibre du budget général de l'Etat ; un tel effort de gestion doit être accompagné d'une procédure empêchant tout transfert de la charge de financement de l'Etat vers le patient.

Nous partageons dès lors entièrement les constats et les propositions de l'ABSYM en ce qui concerne le financement, tout nuanciant le propos sur le long terme par soucis d'équilibre du budget général de l'Etat.

2. Le respect des accords médico-mutuellistes

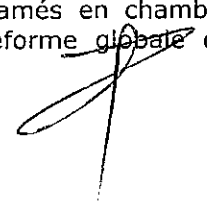
La concertation est l'une des caractéristiques essentielles de notre système de santé, garante de sa qualité et de son efficacité. Elle doit être conservée et respectée. Une fois les engagements pris, il ne peut être question d'y revenir sous le couvert d'interprétations diverses, sous peine de porter préjudice à la paix sociale.

Le cdH est favorable aux principes énoncés par l'ABSYM à ce sujet : respect des compétences de la commission médico-mutuelliste, des accords conclus et droit des médecins engagés de sortir de l'accord si les termes en sont modifiés unilatéralement. L'indexation ne peut être confisquée.

Le cdH s'oppose également à toute discrimination par discipline.

Nous pensons enfin, comme vous, que les règles de fixation des honoraires doivent être claires et connues d'avance, comme prévu dans la loi AMI. Même s'il convient d'inciter un maximum de prestataires à se conventionner afin de favoriser un maximum de sécurité tarifaire, il ne peut être refusé aux prestataires non conventionnés de pratiquer des tarifs propres.

Ce droit doit toutefois être concilié avec la garantie d'une accessibilité maximale des patients aux soins. Il faut donc parallèlement fixer des règles d'encadrement. C'est pourquoi le cdH propose d'interdire toute perception de supplément d'honoraire en chambre commune et double et de plafonner les suppléments réclamés en chambre individuelle. Ces propositions doivent toutefois cadrer avec une réforme globale du



système de financement des hôpitaux, en concertation avec les professionnels concernés, afin de ne pas pénaliser les prestataires hospitaliers, et en particulier les prestataires déjà défavorisés par des règles de financement mal équilibrées. Il est donc essentiel :

- d'une part d'investir des moyens financiers nouveaux dans le Budget des moyens financier et dans les infrastructures (Crac et fonds fédéral de construction à créer), afin de pallier au sous-financement chronique ; ce refinancement ne peut être discriminatoire, comme vous l'indiquez ;
- d'autre part de revoir intégralement la nomenclature afin de procéder aux rééquilibrages requis.

3. Les critères de remboursement des médicaments

Les conditions de remboursement des médicaments sont trop diversifiées et entraînent un déplacement de la responsabilité d'une « mauvaise prescription » sur le prestataire. Or, c'est lui qui est le seul maître de la prescription adéquate. La liberté thérapeutique ne peut être restreinte.

Le cdH est favorable à une révision des conditions de remboursement des médicaments dans le sens d'une simplification et d'une rationalisation ; ainsi, en particulier, toutes les spécialités pharmaceutiques d'une même classe thérapeutique devraient recevoir les mêmes modalités de remboursement (avec des conséquences éventuelles sur les bases de remboursement).

Le cdH n'est pas opposé au principe du chapitre II car il soulage dans un premier temps la charge du prestataire. Nous sommes par contre d'accord avec l'ABSYM pour dire que les prescripteurs ne peuvent être chargés de rationner davantage leurs patients en étant liés par des critères de bonne pratique qui ne sont pas basés sur l'*evidence based medicine* et non concertés avec les professionnels. Les guidelines ne sont pas des règles immuables : le triangle EBM – expérience du médecin – histoire du patient – sont les trois éléments de décision d'un traitement ou d'une mise au point pour chaque situation clinique. Le système de « responsabilisation » doit évoluer en tenant compte de ces principes.

4. SECM

L'absence totale de système de responsabilisation bien pensé des médecins a conduit l'autorité à mettre en place un système de contrôle individuel qui se concilie mal avec la liberté thérapeutique dont ceux-ci doivent jouir. La « Loi Vandebroucke » prévoit ainsi un système de surveillance (« monitoring ») des prestataires ayant un comportement de prescription « déviant » puis de sanctions en cas de dépassement persistant.

Si le contrôle nous paraît légitime, il importe toutefois que celui-ci, et les sanctions éventuelles qui l'accompagnent, soient exercés à bon escient, de manière intelligente et proportionnée. Il est important également que les principes de base du contradictoire et des droits de la défense soient garantis, afin d'éliminer tout risque d'arbitraire. Selon le cdH, la procédure actuelle décourage les médecins qui agissent en âme et conscience, allant jusqu'à créer dans certains cas un climat de psychose incompatible avec l'exercice d'une médecine de qualité.

Le cdH propose de :

- Accroître drastiquement l'information des prestataires sur les traitements qui à la fois répondent à l'evidence based medicine (aux guidelines de bonnes pratiques nationales et internationales) et permettent d'atteindre la meilleure efficacité (rapport qualité/coût pour l'assurance) ; jusqu'à aujourd'hui, les procédures prévues par la réglementation en la matière n'ont jamais été appliquées efficacement. L'information portera également sur les indicateurs et les indices de déviation manifeste développés le Conseil National de

Promotion de la Qualité. L'information doit passer par tous les canaux de communication : d'abord en ligne directe de l'autorité vers les prescripteurs (développement des réseaux informatiques sécurisés), ensuite en ligne indirecte à travers des outils de peer review (groupements locaux de médecins) revalorisés et soutenus par les pouvoirs publics ;

- Inciter les prescripteurs au respect des guidelines ;
- Former les prescripteurs aux conséquences pharmaco-économiques des comportements : insérer à ce sujet des modules de formation spécifiques dans la formation de base ainsi que dans la formation continue (accréditation) ;
- Instaurer un ticket modérateur préférentiel pour la consultation des prescripteurs accrédités ;
- Valoriser financièrement les honoraires en cas de suivi des indicateurs ;
- Repenser le rôle et les méthodes de travail du médecin-conseil ;
- Conditionner l'application d'une sanction financière individuelle à la constatation d'un acte qui contredit manifestement et durablement les indicateurs et à la mise en place d'une procédure qui garantisse les droits de la défense du prescripteur concerné (droit d'être assisté d'un conseil, droit d'être entendu et de recevoir copie du dossier d'instruction, etc.).

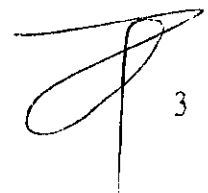
5. Charge administrative trop lourde

La volonté légitime de l'Etat de veiller à une gestion efficiente des moyens publics a eu pour conséquence de multiplier les procédures et les charges administratives nécessaires pour l'exercice quotidien de la profession.

Les spécialités pharmaceutiques en particulier font l'objet d'une réglementation complexe, obligeant les prescripteurs de médicaments à multiplier les examens, à remplir des documents nécessaires pour leur délivrance. Les obligations de contenu de prescription médicale pour l'obtention de remboursement de soins infirmiers sont complexes et le plus souvent inconnues des médecins. Ceci provoque des tracasseries sur le terrain.

Le cdH propose de :

- Revoir les modalités de remboursement des spécialités pharmaceutiques de façon à simplifier leur classement et leurs conditions de remboursement ; ainsi, en particulier, toutes les spécialités pharmaceutiques d'une même classe thérapeutique devraient recevoir les mêmes modalités de remboursement (avec des conséquences éventuelles sur les bases de remboursement) ;
- Revoir les modalités de prolongation/renouvellement des autorisations de remboursement pour le traitement des maladies chroniques, ainsi que les modalités de délivrance des médicaments ;
- Assouplir les obligations de contenu des prescriptions médicales pour les soins infirmiers, tout contrôle d'adéquation de la prestation pouvant être effectué sur bases d'autres documents obligatoires (registre infirmier, dossier infirmier) ;
- Repenser fondamentalement la nomenclature des prestations de santé de manière à la simplifier et à faciliter sa lisibilité ;



3

- Assurer une information large des exigences INAMI à l'ensemble des prestataires concernés (exemple : les médecins prescripteurs doivent être informés du contenu des prescriptions exigé pour les soins infirmiers et kinés,...).

6. Quotas de prescription inutiles

Pour le cdH, la réglementation mise en place par le ministre Demotte en la matière est de nature à porter atteinte à la liberté thérapeutique sur des bases qui n'ont rien à voir avec la santé publique, mais bien avec le budget de l'Etat. Une telle politique est dangereuse. Nous ne la soutenons pas.

Il convient néanmoins de trouver un système qui à la fois concilie la liberté thérapeutique et le soucis légitime de l'Etat de limiter les dépenses. Le développement du marché du médicament moins cher (hors brevet) en tant qu'outil de concurrence doit à cet égard être favorisé, notamment grâce au système du remboursement de référence.

7. Echelonnement

Le cdH n'est pas favorable à la formule d'échelonnement soft construite par la majorité, notamment pour les tracasseries administratives qu'elle provoque. Nous sommes par contre favorable à un système qui garantisse une collaboration optimale entre médecins généralistes et médecins spécialistes.

Pour y parvenir, le cdH propose de partir du patient, et de créer un statut « patient complexe » / « patient chronique grave », cogéré par le généraliste et le spécialiste dans une enveloppe forfaitaire garantissant une prise en charge globale de tous les frais y afférents (travail en réseau avec des forfaits multidisciplinaires). Cette proposition rejoint à notre sens celle de l'ABSYM de financer un honoraire de concertation.

8. Le cdH partage le point de vue de l'ABSYM sur la nécessité de conserver pour tout prestataire la liberté de travailler en privé en dehors de l'hôpital.

9. Limitation des suppléments d'honoraires : voir point 2

10. Majoration des honoraires des prestations effectuées après 18h.

Le cdH est favorable à une telle majoration.

11. Récupération des jours fériés

Le cdH n'a pas de position définitive sur la question. En effet, il convient de faire entrer ce point dans une discussion générale sur un futur « statut social » des médecins, dans lequel devrait également figurer la question du congé de maternité et parental.

12. Problème des déplacements urgents

Le cdH est conscient des problèmes de déplacement des médecins en situation d'urgence et estime qu'une solution durable à ce problème doit être dégagée.

13. Réalisation d'actes techniques au Cabinet du médecin

Pour le cdH, il faut concilier à la fois le principe de sécurité et l'intérêt qu'il y a de valoriser la réalisation d'un maximum de tâches au cabinet médical. Une telle discussion relève de la concertation professionnelle.

14. Indemnisation des dommages médicaux

Après des années de tergiversation, la majorité a adopté en avril 2007 un nouveau régime de réparation des accidents médicaux, distinct du régime de droit commun basé sur la faute (responsabilité civile). Ce régime de responsabilité « sans faute » permettra aux victimes, après son entrée en vigueur et après adoption des arrêtés royaux nécessaires pour son exécution, d'obtenir une réparation financière de certains dommages liés à certains accidents médicaux via un fonds créé à cet effet.

Bien que soutenant la réforme sur le principe, le cdH reste sceptique sur les modalités du nouveau régime et craint qu'il ne crée beaucoup d'espoirs pour peu d'indemnisation réelle.

Par ailleurs, un régime unique de réparation « sans faute » risque de laisser sur le carreau les victimes d'erreurs médicales qui sortent du champ d'application du nouveau régime. La question se pose dès lors de savoir si le régime de droit commun, permettant en principe une couverture intégrale de tout dommage causé par la faute d'autrui, fût-elle médicale, ne soit pas subsister à côté du régime « sans faute ». La France a opté pour le maintien de la « double voie » (avec faute dans le régime de droit commun et sans faute via la fonds d'indemnisation).

Le cdH estime également que le financement du nouveau dispositif ne doit pas peser plus lourdement que ce n'est le cas aujourd'hui au niveau des primes d'assurance. La responsabilité doit être partagée.

Il conviendra d'évaluer le nouveau régime et de corriger ses limites d'action qui ne manqueront pas selon nous de se manifester.