

**ASSOCIATION BELGE DES SYNDICATS MEDICAUX
ABSyM**

Rapport d'activités 2010

A approuver par l'Assemblée Générale du 2 avril 2011.

I.Introduction

Durant la première moitié de l'année 2010, nos activités syndicales ont été, en grande partie, consacrées à la préparation de la campagne des élections médicales, qui ont eu lieu entre le 2 et le 17 juin (voir infra). L'ABSyM a atteint un résultat global de 63,91% (chiffres de l'INAMI, votes blancs et votes nuls inclus) ou 70,52% (chiffres de l'ABSyM, hormis les votes blancs et votes nuls).

Après les élections médicales, qui ont de nouveau consolidé la position majoritaire de l'ABSyM, nous continuons à évoluer dans une politique alarmante et un contexte financier qui paralyse le système. Ceci a des conséquences immédiates sur la politique fédérale des soins de santé et l'établissement du budget 2011 au point de vue des honoraires des médecins.

Pour la première fois, nous sommes confrontés en 2011 à une stagnation du budget. Aucun budget pour de nouvelles initiatives dans le cadre de la nomenclature ne sera octroyé. Seul, ce qui a déjà été décidé au CTM sera pris en considération et le cas échéant financé via e.a. les économies faites en biologie clinique et en radiologie médicale, une partie de l'indexation de la médecine spécialisée (la moitié quant à l'imagerie médicale et un tiers pour toutes les autres prestations médico-techniques). L'excédent net, du budget nomenclature, soins d'urgence, estimé à +/- 30 millions d'euros, est inhérent au système qui a été introduit à l'époque, contre l'avis du Conseil Technique Médical, par le ministre Demotte en personne. Une petite partie des économies, faites par-ci et par-là, seront injectées dans les soins d'urgence (impact : € 8,276 millions).

En réalité, il ne s'agit pas vraiment d'une stagnation, mais pour la première fois, il s'agit d'une **régression** du budget. La modeste croissance du budget global, ne couvre absolument pas l'évolution de la croissance des nécessités. Il est fort probable que ce trend se réitérera dans les années à venir. Par conséquent, il est de notre intérêt de contrôler minutieusement la manière dont les changements de nomenclatures vont s'opérer et seront implémentés par la médico-mut, via le CTM. Un exemple explicite est la maintenance des honoraires de disponibilité, qui ne peuvent être absorbés dans le « budget urgences » et qui entraînent une hausse considérable du budget.

Avant même qu'elles ne soit avalisées, les propositions reprises dans le rapport de la Commission du Contrôle Budgétaire, document que l'on doit, en grande partie, personnellement, à Monsieur Pol Verhaevert et dont la presse s'est emparée par la Commission en question ne sont, à notre avis, pas pertinentes. Malheureusement, force est de constater, que l'appel de Mr Verhaevert « à une croissance nulle » a reçu un grand écho auprès des médias et des milieux politiques.

Si le comité désigné pour la révision de la nomenclature, mentionné dans le rapport de la Commission du Contrôle Budgétaire, n'a jamais vu le jour, ce n'est pas à cause des médecins mais c'est dû au ministre qui, depuis des années, n'a pas pu trouver un président « approprié ». Par ailleurs, nous ne devons pas espérer obtenir d'urgence une révision complète de la nomenclature. Il s'agit d'un travail titanesque, qui prendrait des années et qui a montré ses limites à l'étranger.

Le CTM et la médico-mut font un excellent « travail de monitoring » de la nomenclature en fonction des nouvelles propositions et des possibilités financières et mettent à jour les corrections permanentes lors d'un dépassement des prévisions budgétaires.

La Commission de Contrôle Budgétaire devrait établir des rapports réalistes qui tiennent compte de l'historique des dépenses.

Les médecins ont toujours assumé leurs responsabilités équitablement, on ne peut pas toujours en dire autant du monde politique qui mène le pays petit à petit vers un chaos institutionnel et financier. La période transitoire politique, dans laquelle on nous a embarqués, semble sans fin et range au placard un nombre indéfini d'arrêtés d'exécution et de lois. Dû à cette situation, plusieurs dossiers restent en rade, entre autres l'exécution de la législation du no fault, la publication d'Impulseo III, l'entrée en vigueur du DMG plus, l'honoraire de disponibilité pour les spécialistes...

L'ABSyM réitère son engagement en s'investissant durant les quatre prochaines années à la défense des intérêts des médecins généralistes et spécialistes. Nous poursuivrons notre lutte pour la revalorisation des prestations intellectuelles, mais œuvrons également pour la disponibilité d'honoraires corrects pour des prestations médico-techniques adéquates. De plus, nous nous impliquerons pour rendre la médecine plus attractive au point de vue social et familial. Réaliser ce programme, dans un contexte de restrictions économiques, c'est le défi que nous prendrons à bras le corps.

II. Fonctionnement

A. ASSEMBLEE GENERALE

L'Assemblée générale de l'ABSyM s'est réunie en date du 8 mai 2010. Lors de cette Assemblée générale fut procédé au renouvellement partiel du Conseil d'administration de l'ABSyM.

Lors de cette Assemblée générale, à l'échéance du délai des 6 années de mandat de la moitié des administrateurs, les administrateurs ci-dessous (12 spécialistes – 12 généralistes) ont été nommés à l'unanimité, pour une période allant de 2010 à 2016 :

La Chambre Syndicale des Médecins des Provinces du Hainaut et de Namur et du Brabant wallon présente

parmi les médecins généralistes : les docteurs ANDRE Willy et LEMYE Roland ;

parmi les médecins spécialistes : les docteurs JADIN Jean-Marie et MARLIER Gaëtane.

La Chambre Syndicale des Médecins de l'Agglomération bruxelloise présente

parmi les médecins généralistes : les docteurs ORBAN Thomas et ROSILLON Jean;

parmi les médecins spécialistes : les docteurs TOEUF Jacques et DEBERSAQUES Eric.

La Chambre Syndicale des Médecins des Provinces de Liège et de Luxembourg présente

parmi les médecins généralistes : les docteurs HERRY Luc et PEVEE Paul;

parmi les médecins spécialistes : les docteurs ADRIAENS Georges et MASSON Michel.

Le Vlaams Artsensyndicaat, afdeling Oost- en West-Vlaanderen présente

parmi les médecins généralistes : les docteurs CASTEUR Georges, LEMAIRE Etienne et VAN WASSENHOVE Kurt;

parmi les médecins spécialistes : les docteurs BAFORT Michel, DE WILDE Philippe et DHAENENS Patrick.

Le Vlaams Artsensyndicaat, afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant

parmi les médecins généralistes : les docteurs CORNELIS Eric, SCHEVENEELS Dirk et WEYNS Marc;
parmi les médecins spécialistes : les docteurs DEHAES Bart, GRUWEZ Jacques et MOENS Marc.
Le Dr Jacques Debois fut remplacé, en tant que membre de l'A.G., par le Dr Bart Dehaes.

La régularisation du changement d'adresse du siège social (point C) a également été approuvée lors de cette Assemblée générale.

B. *CONSEIL D'ADMINISTRATION.*

Le Conseil d'administration de l'ABSyM s'est réuni 9 fois en 2010, les 13/1, 3/3, 31/3, 8/5 (2x), 9/6, 15/9, 27/10 et 8/12.

En date du 8 mai 2010, le Comité directeur a été élu pour une durée de 3 ans lors du Conseil d'administration de l'ABSyM.

Le président sortant, le Dr Roland Lemye, sera suivi par le Dr Marc Moens, élu à l'unanimité et qui poursuivra la présidence pour les trois années suivantes (2010 à 2013). Il remplit cette fonction déjà à deux reprises (1998 à 2011 et 2004 à 2007).

Le vice-président francophone :	le Dr Jacques de Toeuf.
Le vice-président néerlandophone :	le Dr Rudi Van Driessche.
Le secrétaire général francophone :	le Dr Michel Masson.
Le secrétaire général néerlandophone :	le Dr Yves Louis.
Le trésorier :	le Dr Louis Deflandre.

Le président sortant, le Dr Roland Lemye, se concentrera sur la problématique de la Santé internationale en qualité de représentant des relations internationales.

Le Dr Michel Vermeylen, président de l'AMF-VVH au sein de l'ABSyM, représentera le Comité directeur des médecins généralistes en qualité de membre exécutif et vice-président du dit Comité.

C. *SIEGE SOCIAL.*

En date du 19 février 2010, le siège social de l'ABSyM a été déplacé de la chaussée de Boondael, 6 – 1050 Bruxelles vers la chaussée de la Hulpe, 150 à 1170 Bruxelles. Cette adaptation du siège social doit être notifiée aux statuts, ce qui eut lieu lors de la réunion de l'Assemblée générale du 8 mai 2010.

D. *BUREAU DE COMMUNICATION.*

En 2010, une coopération s'est faite avec le bureau de communication Akkanto. Ce bureau a déjà apporté son aide à l'ABSyM pendant la campagne électorale des élections médicales de 2010. Le but poursuivi est de professionnaliser les canaux de communication et d'aboutir à une plus grande uniformité au sein de la structure de l'ABSyM.

Elections médicales 2010.

Du 2 au 17 juin 2010, pour la quatrième fois, les médecins ont eu l'opportunité de faire valoir leur voix aux élections médicales. Ces élections sont organisées par l'INAMI, tous les 4 ans sur base desquelles les délégations des organisations professionnelles représentatives seront établies au sein d'un certain nombre d'organes de l'institut.

Pour plusieurs raisons, ces dernières élections étaient différentes des précédentes.

Le vote électronique entrainait en vigueur pour la première fois. Sous la pulsion de l'ABSyM, des 21.909 votes, 3.981 ont été enregistrés électroniquement, ce qui représente 18,7%.

Pour la première fois un nouveau candidat s'est présenté face à l'Absym et au Cartel, il s'agit de l'alliance Domus Médica-Domino. Au cours des élections, la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Laurette Onkelinx, a remis en cause la participation de l'alliance Domus Médica-Domino pour faute de forme à l'introduction du dossier. Seuls l'ABSyM et le Cartel restèrent donc éligibles avec pour conséquence un appel au vote blanc, émanant de la partie néerlandophone de la SVH et de Domus Medica. En finale, une autre décision fut prise, celle de travailler pour la première fois avec un bureau de communication spécialisé, Akkanto, qui accompagna l'ABSyM pendant sa campagne électorale.

En date du 29 juin 2010 l'INAMI organisa le dépouillement des élections médicales 2010. Sur 43.651 médecins, en droit de vote, 21.309 participèrent aux élections. Cela représente 48,82% ou 2,42% de plus qu'en 2006 (46,4%). Chez les médecins généralistes, la participation actuelle est de 9.149/17.904 ou (51,10%) et chez les spécialistes 12.160/5.747 ou (47,23%).

L'ABSyM obtint 3.489 (38,14%) des voix des médecins généralistes, le Cartel 3.806 voix (41,60%). L'appel au vote blanc a donc été entendu auprès des médecins généralistes. En effet, 1.744 ou 19,06 votes blancs ont été enregistrés. Si l'on fait abstraction de ces votes blancs, l'ABSyM aurait atteint 47,83% et le Cartel 52,17% de voix. En comparaison avec les résultats obtenus en 2006, 56,89% contre 43,11%, on constate une avancée substantielle en faveur de l'ABSyM. Il est important de signaler que seules les voix juridiquement valables sont prises en compte dans la répartition des sièges.

L'ABSyM obtint 9.977 (82,05%) des voix des médecins spécialistes, le Cartel 1.822 (14,98%), 296 ou 2,43% de votes blancs furent enregistrés. Si l'on fait également abstraction des votes blancs et des voix non valables, l'ABSyM aurait obtenu 84,56% des voix et le Cartel 15,44%. Si l'on compare ces résultats avec ceux de 2006, nous enregistrons une perte de 2,39% (ABSyM 86,95% - Cartel 13,05%).

Le résultat global obtenu par l'ABSyM est de 63,19% (chiffres de l'INAMI, votes blancs et votes non valables) ou 70,52% (chiffres de l'ABSyM, votes blancs et votes non-valables non compris) ou 82,05% des spécialistes (84,56% des votes juridiquement valables) et 38,14% (47,83% de votes juridiquement valables) des médecins généralistes votèrent pour l'ABSyM. Converti en sièges auprès de la Commission Nationale Médico-Mutualiste, qui porte une fonction symbolique, cela signifie que les spécialistes de l'ABSyM ont obtenu 5 sièges sur 6 et les généralistes de l'ABSyM 3 sièges sur 6. La distribution actuelle des sièges reste par conséquent inchangée.

Nous pouvons donc conclure que l'ABSyM garde sa position majoritaire du plus grand syndicat des médecins, qu'elle a renforcé sensiblement sa position auprès des médecins généralistes et qu'elle a subi une légère perte de terrain auprès des spécialistes dû au fait que, pour la première fois, le Cartel a mené une campagne active dans la région francophone du pays.

Activités syndicales

Compte rendu des communiqués de presse/réactions diffusés par l'ABSyM :

- Accord Médico-Mutualiste 2011 : vouloir c'est pouvoir (13.12.2010)
- Réaction au projet de la Ministre Onkelinx pour abolir le numéris clausus – position de l'ABSyM-VAS).
- Le projet de rapport de la Commission de Contrôle Budgétaire – réaction du Dr Moens (10.09.20)
- DGEC, CVS et les médecins Egmont et Hoorn (05.07.2010).
- Réaction du Dr Moens concernant le rapport du KCE à propos des places pour stagiaires des futurs médecins.
- Mini-mémorandum ouvert en 10 points de l'ABSyM aux partis politiques.
- La guerre contre le cholestérol CM bis : Communiqué de presse de l'ABSyM (10.06.2010)
- Le VSO contre vents et marées (06.04.2010)
- Zorgnet Vlaanderen porte atteinte à la loi sur la vie privée (11.03.2010)
- Les études en médecine passent de 7 à 6 ans (09.03.2010)
- Faut-il ou ne faut-il pas limiter l'accès aux études en médecine ? (04.02.2010)
- Le système de financement « All IN » des hôpitaux (27.01.2010)
- Temps de travail des médecins en formation (20.01.2010).

.

Ci-dessous un bref récapitulatif des dossiers importants sur lesquels l'ABSyM s'est penché en 2010.

A. *RESPONSABILITE.*

Le dossier concernant la responsabilité est un dossier que l'ABSyM défend depuis près de 17 ans. Bien que l'on ne soit pas encore au bout de nos peines, certaines avancées ont été faites cette année.

La nouvelle version de la loi No Fault – loi du 31 mars 2010 – concernant l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé – est parue le 2 avril 2010 au Moniteur Belge et abroge les anciennes lois du 15 mai 2007 concernant l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé concernant le règlement des différends dans le cadre de la loi du 15 mai 2007 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé¹. La date d'entrée en vigueur sera spécifiée par un A.R. Ceci n'est pas valable pour le Fonds proprement dit, qui entre en vigueur à partir du 12 avril 2010.

Entre-temps, un certain nombre d'arrêtés d'exécution ont été effectués. Au M.B. du 25 juin 2010, un Fonds des accidents médicaux a été mis en place, par l'INAMI, avec un montant de

¹ Une deuxième loi du 1^{er} juillet 2010 (M.B. 01.07.10) apporte des modifications au code judiciaire et stipule e.a. que le tribunal de 1^{er} instance est responsable des contestations opposant un patient ou ses ayants droit, un prestataire de soins de santé ou un assureur, au Fonds des accidents médicaux. Il est également clairement stipulé que le tribunal de 1^{er} instance est également compétent pour connaître des demandes visées dans le membre précédent. Le Roi fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

5.385.000 euros. Un deuxième projet d'exécution daté du 30.07.2010 (M.B. 13.09.2010) règle la procédure d'exécution forcée, si le médecin refuse de coopérer à l'enquête mise en place par le Fonds. Les prestataires de soins, qui refusent de coopérer à l'enquête sur la responsabilité dans le cadre de dommages médicaux, sont contraints de payer un dédommagement important. Le fonds peut exiger ce dédommagement forfaitaire via sommation.

Le 15 novembre 2010 (M.B. 15.12.2010) un arrêté complémentaire, spécifiant les conditions de désignation des membres du Conseil du Fonds des accidents médicaux, a été publié. Cet arrêté fixe que les appels aux candidatures et les nominations doivent être présentées auprès du Service public fédéral, Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, endéans le mois qui suit la publication de l'avis d'appel à candidatures, qui seront ensuite publiées au M.B.

La vision de l'ABSyM à propos de cette nouvelle loi peut être décrite sommairement comme suit :

Le patient a le choix soit de poursuivre le médecin auprès du tribunal, soit d'introduire un dossier auprès du Fonds (contrairement à la loi du 15 mai 2007, qui établit que le médecin ne peut être assigné devant le tribunal que dans certains cas spécifiques). Il va de soi que l'ABSyM n'a jamais été favorable à ce genre de système. Néanmoins, le Conseil d'Etat a souligné une certaine forme de discrimination si l'on retire au patient la possibilité d'assigner le médecin devant le tribunal. C'est ainsi que s'est imposé le système à deux voies (tribunal ou Fonds), dont Madame Onkelinx dit qu'il est basé sur le système français. On peut constater une certaine similitude avec le système français, mais le fonctionnement du Fonds est totalement différent en Belgique. Le nouveau système permet au patient de changer de système aussi longtemps que le jugement n'a pas été prononcé. Le gouvernement espère que le patient fera de plus en plus appel au Fonds, et ainsi le choix de la voie juridique deviendrait une exception avec tous les avantages que cela comporte vis-à-vis du médecin (sic).

La composition du Fonds est essentiellement d'inspiration politique. Le succès du Fonds dépendra de la qualité du fonctionnement de ce dernier qui, hormis 3 médecins, sera constitué d'un groupe dont les tendances politiques sont bien ancrées, qui n'a pas eu de formation médicale, qui devra prendre des décisions malgré une carence de connaissances et sera ensuite évalué par le tribunal qui statuera.

Le médecin sera sollicité à chaque dossier ouvert par le Fonds, ce qui augmentera sensiblement la charge de travail administratif de ce dernier.

Le point d'achoppement le plus délicat est celui de la prime d'assurance. Etant donné que les compagnies d'assurance n'apportent rien au Fonds, elles n'expriment que très peu de résistance. Elles attendent patiemment. Lorsque le nombre de remboursements des compagnies d'assurances augmentera, les primes suivront l'augmentation. C'est pourquoi l'ABSyM demande que l'augmentation des primes soit liée à l'index, mais cette requête semble être tombée dans l'oreille d'un sourd.

De plus, On ne doit pas sous-estimer le coût du fonctionnement du Fonds, il est basé sur un nombre indéfini de données nébuleuses (le fonctionnement efficient du fonds, un certain nombre de cas dédommagés par le Fonds etc...).

En finale, le médecin n'est tenu à aucune obligation de souscrire une assurance étant donné que la loi ne s'intéresse absolument pas aux médecins qui ont été résiliés par leur société d'assurance.

L'ABSyM avait suggéré un moyen de « rattrapage » pour ces médecins, mais les sociétés d'assurance ont fait la sourde oreille.

B. *IMPULSEO*

L'actuel impulseo II encourage le travail de collaboration entre médecins généralistes et prévoit une intervention dans les honoraires pour l'assistance d'un employé qui le soutien dans la gestion et l'accueil au sein de la pratique médicale.

L'ABSyM a également pris des mesures en vue d'obtenir une allocation pour le financement d'un soutien des pratiques pour les cabinets médicaux isolés. Nous avons été contraints d'accepter que cette allocation soit liée à l'engagement d'un membre du personnel. De plus, grâce à l'ABSyM les frais de télé secrétariat seront pris en compte, tant pour le médecin individuel que pour les médecins qui travaillent en groupe (max. ¼ du coût réel). L'intervention du télé secrétariat et des frais d'honoraires ne peuvent toutefois pas être cumulés au cours d'un même mois.

L'allocation pour le médecin individuel s'élève à € 5.790,- à condition, qu'au cours de l'année qui précède celle pour laquelle la demande est introduite, il gère au moins 150 DMG et engage au moins 1/3 de temps (l'allocation ne peut dépasser la moitié du coût réel global).

Lors du Conseil National Médico-Mutualiste du 29 mars 2010 il a été décidé d'augmenter l'allocation de l'intervention pour un poste de télé secrétariat à € 3.474.

En date du 29 novembre 2010, au sein du Comité d'assurance, un accord a été conclu au sujet du projet de l'arrêté concernant Impulseo III. Maintenant il suffit d'attendre sa publication dans le M.B. L'accord National Médico-Mutualiste 2011 insiste pour que l'approbation du gouvernement, pour cet arrêté, se fasse au plus tôt (point 3.3).

C. *ZORNET VLAANDEREN ET LA LOI SUR LA VIE PRIVEE.*

Nous rappelons qu'en date du 01.04.2009, Monsieur Peter Degadt, Administrateur général de Zorgnet Vlaanderen, menait une enquête dans les hôpitaux, concernant les honoraires des services en biologie clinique et en radiologie médicale et ceci malgré la lettre d'avertissement de l'association belge des syndicats des médecins (ABSyM) et du groupement belge des médecins spécialistes (GBS) que de ce fait, il transgressait la loi du 8 décembre 1992.

Le Dr Rudi Van Driessche et le Dr Marc Moens, ont réagi en introduisant une plainte auprès de la Commission de la vie privée (CPVP). Dans un premier temps, Monsieur Willem Debeuckelaere, Président de la CPVP, a essayé de trouver un terrain d'entente avant d'introduire le dossier auprès de la Commission. Dans sa lettre du 15.02.2010, il fut spécifié que plusieurs points étaient en contradiction avec la loi du 8 décembre 1992 dans le cas où Zorgnet Vlaanderen poursuivrait malgré tout le traitement des données.

Malgré tout, dans ce dossier, les esprits s'échauffèrent de plus en plus et les deux médecins firent de sorte que le dossier soit traité par l'ensemble de la Commission. Le 26 novembre 2010, la Commission formulait une proposition d'accord à l'amiable à laquelle il fut demandé de réagir avant le 13 décembre 2010. Dans la proposition à l'amiable il fut spécifié, que les médecins prennent note que l'enquête de Zorgnet Vlaanderen n'avait nullement l'intention de faire connaître les honoraires des radiologues et biologistes cliniques, ni de les calculer. Les médecins sont priés d'accepter que normalement aucune donnée personnelle n'a été exploitée. D'autre part, Zorgnet Vlaanderen fut appelée à respecter la loi sur

la vie privée et celle-ci serait appliquée si Zorgnet Vlaanderen devait malgré tout enfreindre l'exploitation des données concernant les honoraires. Les Docteurs Moens et Van Driessche ont tous deux refusé cette proposition à l'amiable.

Suite à la rupture de cette procédure à l'amiable, conformément au règlement de la Commission, le Président de cette Commission donnera un avis circonstancié et précis à propos du bien-fondé de la plainte.

Fin 2010, l'avis n'a toujours pas été formulé.

D. *BUDGET DES MOYENS FINANCIERS – DECISION DU CONSEIL D'ETAT 26.10.10*

En date du 26 octobre 2010, le Conseil d'Etat prononça 2 arrêts (l'arrêt n° 208-435/208-434) qui relate que les conditions liées à l'obtention de financements complémentaires (au total 9,6 millions d'euros pour les hôpitaux qui pratiquent des tarifs conventionnés dans les chambres à deux ou plusieurs lits) pour les sous-parties spécifiques A1, B1, C2 et C3 du budget de l'hôpital tel que prévu par l'A.R. du 10 novembre 2006 et l'A.R. du 19 juin 2007 portant modification à l'A.R. du 25 avril 2002 portant fixation et liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux annulé et considéré comme n'ayant jamais existé.

Selon le jugement du Conseil d'Etat, le Ministre a le droit de lier des conditions supplémentaires à la reconnaissance d'un budget complémentaire, tel que l'interdiction sur les suppléments des chambres à deux ou plusieurs lits. De plus, le Conseil d'Etat stipule que cette interdiction n'établit pas que l'on prive les médecins du choix d'adhérer ou non aux accords, ni qu'ils n'ont pas le choix de facturer des suppléments. La pierre d'achoppement du Conseil d'Etat fut en particulier que seuls les suppléments des médecins sont visés et non ceux des autres dispensateurs de soins de l'hôpital. De ce fait on porte atteinte à l'égalité de la base constitutionnelle et au principe de la non-discrimination.

Concrètement, cette annulation signifie que tous les hôpitaux ont le même droit de pouvoir bénéficier d'un financement supplémentaire et que l'inégalité survenue au niveau des budgets doit être rectifiée. L'ABSyM a interpellé la Ministre Onkelinx par écrit et le sujet a été mis à l'ordre du jour du Conseil National des Hôpitaux.

Certains hôpitaux, qui n'ont pu bénéficier du financement complémentaire, ont introduit une requête auprès du Conseil d'Etat, via leur avocat, ils ont sollicité le remboursement du manque à gagner.

N.B. Dans l'arrêté de financement du 26 novembre 2010 (16.12.2010), dans l'article 30, les mêmes conditions sont également liées à un financement complémentaire. Compte tenu de l'arrêt ci-dessus, le Conseil d'Etat peut de nouveau annuler ces dispositions.

E. *INFOBEL*

Sur le site du téléphone électronique Infobel on peut découvrir non seulement des données de contacts mais également, e.a. des informations financières sur les associations de médecins. Cela se fait sans le consentement des intéressés et, de plus, il publie de nombreuses erreurs. Le président de l'ABSyM, le Dr Marc Moens, exprima son mécontentement via une lettre recommandée adressée au responsable de la base de données Kapitol en date du 25.08.2010. Kapitol riposta par écrit, en spécifiant dans son argumentation, que la loi de la vie privée n'est pas violée et qu'en conséquence il ne pouvait pas répondre favorablement à la demande de supprimer les données financières des associations de médecins. Il pourrait cependant envisager la suppression/l'adaptation des données sur demande individuelle du médecin concerné.

L'ABSyM ne se satisfait pas de cette réponse. Quelques confrères, avec le soutien de l'ABSyM, portèrent plainte auprès de la Commission de la vie privée. Lors du Conseil d'Administration de l'ABSyM, en date du 27 octobre 2010, il fut également décidé, à l'unanimité, d'entreprendre une procédure contre Kapitol, mais à condition que cela puisse avoir lieu avec la collaboration d'au moins un médecin dont les données erronées ont été publiées par Infobel. Selon la législation sur la vie privée, l'introduction d'une telle procédure n'est envisageable que si elle est faite en nom propre, avec l'association de personnes de droit et des organisations.

F. *DMG PLUS*

En date du 26 juillet 2010, le Comité d'Assurance de l'INAMI a approuvé la checklist pour l'établissement et le suivi des modules de prévention. Une nouvelle prestation 102395 est prévue dans le cadre de la gestion du dossier médical global. Il s'agit d'honoraire, créé en faveur du médecin, pour l'entrevue menée avec son patient et le suivi de la checklist du module de prévention.

Fin mars 2010, la Médicomut avait déjà approuvé le projet d'A.R. On osait espérer que le module de prévention nommé « DMG plus » puisse entrer en vigueur à partir du 1^{er} juin 2010. Cependant, le ministre néerlandophone du bien-être, de la santé publique et de la famille, Jo Vandeurzen (CD&V), fâché de ne pas avoir été consulté lors de la concertation initiale, bloqua le dossier estimant que la prévention relevait des compétences des communautés. L'ABSyM, très contrariée que ce dossier, dans lequel on avait prévu et accepté un budget €21,5 millions fusse une nouvelle fois retardé, pris des initiatives pour débloquer ce dernier.

Entre-temps, l'introduction du DMG plus a été acceptée par le Conseil des Ministres en date du 15 décembre 2010, mais elle doit cependant encore être publiée au Moniteur Belge. Dans l'accord National Médico-Mutualiste de 2011, il a été convenu que ces mesures entreraient en vigueur le 1^{er} avril 2011.

G. *FONCTIONNEMENT DU SERVICE MEDICAL D'EVALUATION ET CONTRÔLE (SECM).*

Examen psychiatrique d'entrée et de sortie.

Les médecins en Chef de nombreux hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux possédant un département psychiatrique ont reçu, fin mai – début juin, une lettre avec procès-verbal du SECM provincial de l'INAMI, suivi d'une demande de remboursement pour les prestations psychiatriques indûment perçues pour les prestations psychiatriques 597726 concernant les examens et 597741 pour les examens psychiatrique de « décharge de sortie », indûment perçues auprès des patients hospitalisés dans les services A, K, T ou Sp psychogériatrique. L'ABSyM et le GBS s'y sont opposés.

Les 28 octobre et 6 décembre 2010, a eu lieu une concertation au plus haut niveau, avec certains représentants du SECM, sous la direction de Mr J. DE COCK, administrateur général de l'Inami.

Dans un premier temps, l'INAMI, ayant en vue la conclusion de l'accord, a accepté de suspendre le délai de remboursement original au 31 octobre 2010. Les réunions de concertation n'ont cependant pas eu le résultat escompté. Le SECM maintient son argumentation et exige le remboursement des sommes réclamées avant le 31 décembre 2010.

Les dossiers de ceux qui n'ont pas procédé au remboursement des sommes réclamées au 31.12.2010 seront transférés, en fonction du montant réclamé, au fonctionnaire dirigeant ou à la Chambre de première instance qui analysera le dossier.

Le GBS et l'ABSyM restent convaincus que l'argumentation du SECM n'est pas correcte, cependant les psychiatres et/ou les hôpitaux sont les seuls à pouvoir contester individuellement.

H. *LES MONTANTS DE REFERENCE.*

Le 27 mai 2010 la Cour Constitutionnelle rejeta la demande d'annulation de l'article 50 de la loi du 19 décembre 2008 portant diverses dispositions en matière de soins de santé (montants de référence). Les demandeurs étaient, d'une part, trois associations dont le but social est de défendre les intérêts des médecins (VBS – ABSyM – Chambre syndicale des médecins de l'agglomération bruxelloise) et d'autre part, trois médecins en pratique individuelle.

Selon la Cour, le système des montants de référence ne concerne directement que les hôpitaux et ne vise pas les médecins travaillant en milieu hospitalier. Bien que les dispositions contestées puissent entraîner indirectement des conséquences financières vis-à-vis de la situation des demandeurs, ce sont, en particulier, les hôpitaux qui sont touchés par ces dispositions. Les demandeurs peuvent introduire une action pour défendre les intérêts des médecins mais ne peuvent établir qu'ils sont directement préjudiciés par les dispositions attaquées. En conséquence la demande fut rejetée, sans tenir compte du contenu de l'argumentation introduite par les demandeurs.

La procédure des montants de référence sanctionne les médecins qui, pour certaines prestations, dépasse certaines normes (normes de référence). L'ABSyM a demandé clairement quelles seraient les conséquences pour un médecin, visé par le dépassement des normes établies par le service d'Evaluation et du Contrôle (INAMI) ?

L'INAMI mentionne qu'il s'agit de deux procédures totalement différentes. Pour ce faire, elle applique la sentence, reprise ci-dessus, prononcée par la Cour constitutionnelle. La Cour établit que l'hôpital est, en finale, financièrement responsable pour le remboursement des références et dans ce contexte, l'hôpital est également responsable quant à l'arrangement financier. La procédure de la Commission d'Evaluation et du Contrôle s'adresse au médecin individuel.

Dans le chef de l'INAMI, cela signifie que la prestation d'un médecin visé, par le service et par les montants de référence, entraîne une accumulation de paiements. Le médecin concerné doit rembourser, au service, les prestations illégitimes liées à des amendes éventuelles et l'hôpital doit rembourser l'INAMI en fonction du système des montants de référence. L'hôpital va se retourner vers le médecin pour récupérer la totalité du montant, nonobstant la clé de répartition de revendication normale des montants de référence de l'hôpital.

Certains hôpitaux ont utilisé la possibilité de contester ce dossier mais l'argumentation, telle que développée, n'a pas été suivie au sein du Comité d'Assurance.

I. *DUREE DE TRAVAIL.*

En novembre 2009, l'Etat belge a été mis en défaut par la Commission européenne pour non transposition des dispositions concernant le temps de travail pour les médecins, vétérinaires, dentistes, et candidats médecins en formation. Les dispositions de la directive devaient donc être transposées en urgence.

Dû à la situation politique belge, le dossier a subi un certain retard, mais malgré tout en date du 12 décembre 2010, la Chambre a voté la loi fixant la durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, des candidats médecins en formation, des candidats dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions. Le 22 décembre 2010, la loi paru au Moniteur Belge et entra en vigueur le 1^{er} février 2011.

La loi spécifie que la durée du travail est limitée à 48 heures en moyenne sur une période de référence de 13 semaines. Par ailleurs, une limite absolue de 60 heures par semaine est fixée. Ces limites ne pourront être dépassées qu'en cas de nécessité imprévue ou pour faire face à un accident imminent.

Pour poursuivre la bonne marche des urgences médicales et par conséquent la continuité des soins dans les institutions concernées, la loi permet des prestations additionnelles de 12 heures par semaine au maximum (opting-out individuel). Cela signifie que maximum 72 heures par semaine peuvent être prestées, y compris toutes les gardes sur place. Toutefois, pour répondre à ces exigences, plusieurs conditions doivent être remplies :

Le travailleur doit donner un accord par écrit pour la prestation de ce temps supplémentaire.

Cet écrit sera conservé pendant 5 ans sur les lieux de travail.

Chaque partie peut mettre fin à cet accord moyennant un préavis d'un mois notifié par écrit.

Le travailleur ne peut subir aucun préjudice de la part de l'employeur.

L'honoraire lié à ces heures supplémentaires doit être repris dans l'écrit.

Le montant de ce dernier n'est pas précisé par cette réglementation. Pour le médecin candidat spécialiste en formation, le Roi prendra un arrêté qui établira le montant de la rémunération complémentaire sur avis de la Commission Paritaire Nationale Médecins-Hôpitaux. La Commission doit remettre son avis endéans les deux mois. Dans le cadre du CNMNH, l'ABSyM a proposé comme point de départ +/- € 2.700,- euro brut pour 48 heures et d'appliquer une augmentation de 56% comme pour le personnel soignant, ce qui nous amènerait à une moyenne de € 21/heure.

Un intervalle de repos doit être immédiatement accordé au travailleur après une prestation de travail comprise entre 12 heures et 24 heures. Les médecins en formation sont parfois astreints à des formations théoriques ou des travaux de recherche dans le cadre de leur cursus académique. Dans ce cas, ils bénéficieront au maximum de 4 heures par semaine considérés comme du temps de travail.

Pour l'instant, il est difficile de savoir qui est l'employeur des médecins spécialistes en formation au sens de cette loi : est-ce l'université, l'hôpital où a lieu le stage, ou le maître de stage ? Dans les commentaires des articles on comprend par employeur : «celui qui porte la responsabilité de l'organisation du temps de travail de l'MSF». Le Ministre a demandé à la Commission Nationale Paritaire Médecins Hôpitaux d'établir une interprétation explicite concernant la notion « d'employeur ».

Les médecins, exerçant une fonction de direction, sont exclus des règles dans le cadre de la durée de travail. Lors des commentaires à propos des articles, une définition a été donnée : médecins en Chef et médecins chefs de service ou des fonctions équivalentes. Le Ministre des Affaires sociales a demandé avis auprès de la Commission Paritaire Médecins Hôpitaux quant à la définition concrète de la notion de « dirigeant ».

L'ABSyM souligne, une nouvelle fois, que dans ce dossier il y a momentanément une discrimination entre les hôpitaux universitaires et non-universitaires en ce qui concerne le financement de médecins spécialistes en formation dans la sous-partie B7 du BMF. L'ABSyM continue à exiger que les hôpitaux non-universitaires soient, pour ce qui concerne la formation des médecins spécialistes en formation, traités de la même manière que les hôpitaux universitaires qui reçoivent également une sous-partie « B7 » dans leur BMF. Momentanément, dans le cadre de la rémunération du «opting out», on ne prévoit pas l'apport de moyens supplémentaires. L'ABSyM constate que les moyens financiers supplémentaires seront nécessaires.

J. HONORAIRES DE DISPONIBILITE.

Suite à la demande d'annulation de l'A.R. du 29 avril 2008 fixant les conditions et modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire, soins de santé et indemnités, paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital, en date du 16 décembre 2009, le Conseil d'Etat a prononcé un arrêt par lequel l'article 3 est annulé. Cet article établit la liste des spécialités qui bénéficient des honoraires de disponibilité. Un jugement a établi que la limitation à 11 spécialités n'était pas conforme étant donné qu'elle exclue une autre spécialité et que l'exclusion de la liste ne repose pas sur des critères objectifs.

Lors de la réunion de la Commission Nationale Médecins Hôpitaux du 8 mars 2010, un consensus a été atteint quant au principe concernant les honoraires de disponibilité. La liste des médecins qui entre en considération pour ces honoraires est élargie à tous les titulaires de titres professionnels répertoriés sous une seule discipline de base tel que décrit dans l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991 qui établit la liste des titres particuliers attribués aux dispensateurs de soins. Cela aura comme conséquence que le budget prévu sera partagé par un nombre plus important de spécialités.

Il ne reste pas beaucoup d'espoir que l'arrêt soit publié étant donné que l'INAMI (Monsieur De Cock) a précisé que cet A.R. n'était pas du ressort des affaires courantes.

ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 2011

En 2009, la Task Force biologie clinique et la radiologie ont été chargées de réaliser une économie € 100 millions. Des mesures de l'ordre de € 35,1 millions sont entrées en vigueur en biologie clinique en date du 10 octobre 2010.

Lors de l'élaboration du budget 2011, les mutuelles avaient déjà pré établi une série de propositions en vue de faire des économies, telles que l'intégration (20% de diminution des budgets respectifs) pour l'ECG, l'échographie de grossesse, la recherche ophtalmoscopique, la spirométrie et d'autres prestations « habituelles » lors de la consultation (cfr note CGV 2010/360 pge 20).

Le 13 octobre 2010 le Conseil Général de l'INAMI imposa aux spécialistes des économies drastiques de l'ordre de € 30 millions.

Une première tranche, par la diminution de la valeur de la lettre clé, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011. Nombre de spécialités, plus petites, ont été surprises par la brutalité de cette annonce de diminution d'honoraires. Cette dévaluation est perçue comme une injustice. Il n'y a pas de dépassement global budgétaire ; de plus les prestations sous-évaluées ne connaissent pas d'augmentation de volume spectaculaire. Une deuxième tranche de mesures d'épargne sera entreprise via le changement des nomenclatures.

Faisons également mention du transfert de € 1,093 milliards des mutuelles vers d'autres secteurs de la sécurité sociale. Le trend établi à 4,5% au-dessus de l'index a été revu à la baisse à un index de 1,4% et un trend de 1,9% pour 2011.

Dû au contexte financier et politique, l'accord n'a pu être conclu que pour une durée d'un an. Ces mesures d'épargne drastiques nous ont été imposées implacablement, de facto, par le gouvernement.

Si l'accord n'avait pas été conclu, le gouvernement aurait pu imposer des mesures unilatérales; la perte de l'index (€ 98,6 millions) et du statut social (€ 4.199,14 pour les médecins entièrement conventionnés et € 2.065,28 pour les médecins partiellement conventionnés, pour un total évalué à € 105,836 millions) tout comme pour les budgets prévus pour la revalorisation qui attendent d'être exécutés (+/- € 120 millions). Ce qui aurait suscité le désaccord de la part de pas mal de confrères.

Nous avons pu préserver l'indexation à partir du 1^{er} janvier, pour les actes intellectuels (consultations, honoraires de gardes) ainsi que pour les prestations en gynécologie. Les autres prestations seront indexées dès l'approbation, par la Médico-Mut, des textes de nomenclatures pour l'introduction d'épargnes structurelles.

Les pourparlers de l'ABSyM ont pu réprimer sérieusement la hantise d'épargne qui touche le gouvernement et les mutuelles. Ainsi, en pneumologie, l'économie imposée de € 15 millions a été ramenée à € 3,7 millions, dont on soustrait la première tranche de € 2 millions pour la videobronchoscopie qui reste d'application. Au préalable, les pneumologues avaient déjà été frappés injustement par une étude de la KCE. L'association médicale s'est insurgée, à plusieurs reprises, vis-à-vis des résultats de certaines études du Kenniscentrum. Entre-autre lors de la publication du rapport du KCE au sujet des potentiels évoqués (« *La valeur du EEG et potentiels évoqués en pratique clinique – rapport 109A, du KCE, 20.04.2009*). Ce secteur a été lourdement touché par la SECM et tombe sous le joug des économies. Force est de constater la passivité de l'Algemeen Syndicaat, dans un climat réel de rixe entre les positions du gouvernement et celles des médecins. L'Algemeen Syndicaat se fait forte lorsqu'il s'agit de s'approprier des réalisations en-dehors de son ressort, telles que la revalorisation des actes intellectuels de certaines disciplines sous-évaluées, et la réintroduction des suppléments de nuit et du W-E pour les médecins rappelés aux urgences.

La pression financière ne peut que s'accroître lors des prochaines années.

La FIM insiste pour imposer des économies drastiques dans le secteur des soins de santé. Seul un syndicat combatif, soutenu par une majorité de médecins, sera capable d'y faire face.

Cette relation tendue entre gouvernement et médecins s'illustre notamment dans la prescription de médicaments bon marché. Ceux-ci ne font plus partie de pourparlers entre médecins et mutuelles, mais sont imposés via la loi portant des dispositions diverses.

Dans le nouvel accord, on encourage l'application du tiers payant social auprès des médecins. Si cette mesure n'avait pas été reprise dans l'accord, c'est via le biais des instances politiques que la loi en faveur du tiers payant aurait été imposée. Dans certaines situations, nous ne doutons pas de la nécessité de cette mesure, tant vis-à-vis du médecin que vis-à-vis du patient. Ce serait inévitablement la porte ouverte à un état de surconsommation, qui ne serait certainement pas réprimé par les mutuelles, et au nombre croissant de consultations chez le médecin généraliste, tant attendu par le gouvernement, ce qui n'allègera certainement pas les urgences.

Le dossier des urgences doit être complètement revu, non seulement dans le cadre du CTM, mais également par le Service d'Evaluation et de Contrôle Médical (SECM) qui doit déceler les abus dans la facturation d'honoraires pour les urgences.