

Rapport d'activités 2011

Approuvé par l'Assemblée Générale du 09.06.2012

INTRODUCTION

C'est sur une année 2011 très agitée que nous serons amenés à revenir dans ce rapport d'activités. L'accord Médico-Mutualiste 2011, valable pour un an seulement, a été conclu dans un contexte profondément modifié, caractérisé par des mesures d'austérité au niveau du budget de l'assurance-maladie. La 2^e partie de la vague d'économies chez les spécialistes, réalisée par le biais de changements de nomenclature, a été approuvée par la médico-mut ; toutes les prestations de médecine spécialisée ont donc pu être indexées au 1^{er} mai 2011, à l'exception de celles qui relèvent de la radiologie. L'index des prestations d'imagerie médicale a finalement pu être obtenu également, quoique qu'il n'ait pas été appliqué intégralement au 1^{er} juillet 2011 comme le prévoyait l'accord.

Les mesures d'austérité n'en sont toutefois pas restées là : une nouvelle convention n'a pu être conclue pour l'année 2012 qu'au prix de 130 millions d'économies supplémentaires, soit 150 millions sur base annuelle (voir plus loin). Il est donc de plus en plus clair que ces coupes budgétaires sont en train de prendre un caractère permanent. Un compromis a été dégagé dans le cadre du nouvel accord pour que toutes les disciplines médicales assument leur part de l'effort ; provisoirement, l'index a été réduit de moitié pour les médecins qui effectuent peu ou pas d'actes techniques et de 2/3 pour pratiquement toutes les autres prestations.

Un groupe de travail spécial de la CNMM a été chargé d'élaborer, d'ici le 30 juin 2012, des mesures structurelles alternatives qui seront ensuite soumises à la médico-mut pour approbation ; à partir de cette date, les limitations d'index prévues dans l'accord par rapport au niveau normal de 2,99 % pourront être levées. En tout état de cause, ces restrictions seront de toute façon supprimées au 1^{er} décembre 2012 pour les actes intellectuels susmentionnés et pourront l'être également pour les autres – pour autant que les mesures structurelles nécessaires aient bien été prises par la CNMM et que les estimations techniques de septembre 2012 confirment que la marge nécessaire est bien disponible au sein de l'objectif budgétaire partiel.

Dans le contexte actuel d'incertitude et de rigueur budgétaire, les tensions entre prestataires, assureurs de soins et patients risquent de s'exacerber. Une organisation syndicale forte telle que l'ABSyM est donc une nécessité pour offrir un contrepoids suffisant aux pouvoirs publics et aux mutuelles.

Consciente des importants défis qui attendent les soins de santé, l'ABSyM a décidé l'an dernier d'élargir son offre de services et d'améliorer sa visibilité afin d'accroître le taux de syndicalisation. 2011 restera en outre dans les annales du syndicalisme comme l'année de son rajeunissement et de

sa modernisation : le 16 septembre 2011, elle présentait au cours d'une conférence de presse non seulement son nouveau logo mais également son site internet remis à neuf, l'objectif étant à la fois de professionnaliser ses canaux de communication et d'uniformiser davantage ses structures internes.



Du sigle original n'a été retenu que le bâton d'Esculape (baguette autour de laquelle s'enroule un serpent), symbole international de la médecine, qui a été modernisé et intégré au « b » des logos francophone et néerlandophone.

Ce symbole est tiré de la mythologie grecque, où il était le symbole d'Asclépios ou Esculape, le dieu de la médecine ; son association avec l'art de guérir réside dans la combinaison du serpent (qui évoque le traitement curatif) et du bâton (l'arbre, qui symbolise la vie que le médecin s'efforce de préserver par ses remèdes).

Les cinq points représentent les cinq chambres de l'ABSyM ; de couleurs différentes, ils confèrent au nouveau logo un caractère dynamique mais aussi politiquement neutre. Contemporaine et originale, la police de caractère alliant souplesse et sobriété se veut elle aussi un reflet de nos chambres syndicales, accessibles mais sérieuses et dignes de confiance.

Les logos des sections régionales ont également été revus en fonction du nouveau sigle de l'ABSyM. Le syndicat et ses cinq chambres régionales espèrent, par cette modification visuelle, renforcer leur attrait vis-à-vis des jeunes collègues qui tiennent entre leurs mains l'avenir de nos patients et de notre organisation. Une enquête nous a du reste confirmé l'intérêt que ces jeunes confrères et consœurs portent à l'ABSyM, une structure dont ils perçoivent bien la nécessité et dont la modernisation rejoint donc également leurs besoins.

I. FONCTIONNEMENT

1.1 ASSEMBLEE GENERALE

En 2011, l'Assemblée Générale de l'ABSyM s'est réunie une seule fois à Knokke, le 2 avril.

Au cours de cette réunion de l'Assemblée Générale ont été approuvées les modifications statutaires suivantes :

- La composition des fonctions dirigeantes a été modifiée et, par là même, celle du comité directeur.
- Sauf cas d'extrême urgence, la convocation aux réunions du Conseil d'Administration doit être expédiée aux intéressés par courrier ordinaire ou électronique au minimum deux semaines avant la date prévue.
- La possibilité d'expédier par voie électronique les convocations à l'Assemblée Générale a également été inscrite dans les statuts.

1.2 CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration de l'ABSyM s'est réuni 8 fois en 2011 : le 9 février, le 2 avril (2x), le 29 juin, le 28 septembre, le 9 novembre, le 7 décembre et le 19 décembre.

Lors du Conseil d'Administration du 2 avril, les Drs Michel Vermeylen et Roland Lemye ont été élus vice-présidents de l'ABSyM.

II. ACTIVITES SYNDICALES

En 2011, l'ABSyM a défendu les intérêts professionnels des médecins dans une série de domaines. Vous trouverez ci-dessous un aperçu de quelques-uns de ses principaux combats syndicaux au cours de l'année écoulée.

EXECUTION DE L'ACCORD DU 13.12.2010

- **Module de prévention ou DMG+**

Un certain nombre d'AR relatifs au module de prévention ont été publiés au Moniteur Belge le 3 mars 2011, en exécution du point 3.1.3 de l'Accord Médico-Mutualiste 2011. Après de longs préambules, ce dossier a une nouvelle fois été bloqué l'an dernier par le ministre flamand de la Santé, Jo Vandeuren, sous prétexte d'usurpation de compétences. L'ABSyM est activement intervenue pour débloquent la situation et éviter un nouveau report. Les généralistes peuvent donc finalement, depuis le 1^{er} avril 2011, porter en compte le suivi du module de prévention une fois par an au cours d'une consultation ou visite ; cette prestation leur ouvre le droit à un honoraire supplémentaire. Le module de prévention repose sur une *checklist* qui doit faire l'objet d'un suivi spécifique pour les patients âgés de 45 à 75 ans ; pour les autres patients, cet aspect est intégré à la gestion du DMG telle qu'elle existe déjà (code 102771). Fin 2012, le module de prévention sera évalué par la Commission Nationale Médico-Mutualiste en vue d'une meilleure intégration de tous les aspects du DMG, ce qui devrait déboucher sur une réglementation adaptée dès 2013.

- **Indexation de l'imagerie médicale**

En sus de l'indexation déjà accordée aux actes médico-techniques au 01.05.2011, la Médicomut a décidé, à l'initiative de l'administration, d'indexer de 0,93% les prestations qui relèvent du secteur de l'imagerie médicale à partir du 01.07.2011. Cette décision divergeait de l'accord, qui prévoyait 1,40% d'index moyennant le respect d'une série de conditions. D'après un document de travail de l'INAMI daté du 24.06.2011, ces dernières n'étaient que partiellement remplies ; à cette date, l'assurance-maladie ne disposait toutefois pas encore des dépenses du 1^{er} trimestre 2011, mais uniquement des chiffres pour janvier et février. Il a donc également été décidé de se prononcer courant septembre, sur la base des données portant sur 5 mois, sur un éventuel complément d'index à partir du 1^{er} décembre.

Le 7.11.2011, la Commission Nationale Médico-Mutualiste a décidé d'accorder le reste de l'index prévu – soit 0,47% – au secteur de l'imagerie médicale. Lors de la même réunion, il a été convenu de poursuivre la mise au point d'une prescription standardisée en radiologie, qui s'appliquera dans le futur à l'ensemble des médecins prescripteurs et des radiologues.

- **Prolongation manuelle du DMG**

Le 15.12.2010, un comité de lecture s'est réuni pour vérifier l'exactitude du texte de la convention. Sous la pression des Mutualités Chrétiennes, ce comité – qui n'est pourtant

qu'un groupe de travail technique – a apporté à cette occasion des modifications fondamentales aux accords passés le 13.12.2010. A la suite d'une série de malentendus et de la quasi-impossibilité de revenir sur les accords du 13.12.2010, c'est finalement le texte du 15.12.2010 qui a été signé et publié au titre d' « accord »¹. Contrairement à ce qui avait été convenu le 13.12.2010, cette version supprimait la possibilité de prolonger manuellement le DMG à partir du 01.07.2011.

Lors des discussions autour du point litigieux de la prolongation du DMG, avec la version finale controversée de la convention, l'ABSyM n'a pas hésité à quitter le groupe de travail de la Médico-mut, bien décidée à camper sur sa position et à faire de la prolongation manuelle du DMG l'une des conditions d'un nouvel accord. Le point de vue de l'ABSyM, suivant lequel une prolongation automatique peut éventuellement être introduite sous certaines conditions, mais uniquement en sus des possibilités existantes que sont la prolongation manuelle et la prolongation administrative, a finalement été accepté dans la nouvelle convention pour 2012.

TEMPS DE TRAVAIL (01.02.2011)

La loi fixant le temps de travail des médecins, dentistes, vétérinaires, médecins en formation, dentistes en formation et étudiants stagiaires qui se préparent à l'exercice de ces professions est entrée en vigueur le 1^{er} février 2011.

Elle dispose que la durée hebdomadaire de travail ne peut pas dépasser 48 heures en moyenne sur une période de référence de 13 semaines, la limite absolue par semaine étant fixée à 60 heures. La loi prévoit par ailleurs en son article 7 la possibilité de prêter un maximum de 12 heures/semaine supplémentaires, à condition que celles-ci fassent l'objet d'un contrat de travail distinct prévoyant une rémunération spécifique en sus de la rétribution de base (système dit « opt-out »).

La CPNMH a formulé à l'intention de la ministre l'avis qu'un spécialiste en formation qui choisit librement de prêter les heures « opt-out » doit pouvoir bénéficier pour ces dernières d'une rétribution correspondant à 125% du montant horaire de base – en posant toutefois la condition que le surcoût soit assumé par les Autorités.

¹ **5.4.2. Prolongation de la gestion du dossier médical global**

La prolongation de la gestion du dossier médical global est simplifiée tant au niveau administratif (à l'égard du médecin généraliste) qu'au niveau des conditions (à l'égard des assurés) de la manière suivante :

- l'organisme assureur paie pour chaque année de prolongation les honoraires pour la prolongation de la gestion du dossier médical global aux médecins généralistes au plus tard le 30 septembre de l'année civile qui suit l'année de prolongation ;
- la période de référence durant laquelle une consultation ou une visite doit être portée en compte à l'assuré par le médecin généraliste, comme condition de prolongation, est étendue d'une année ;
- la possibilité d'attester la prolongation via le numéro de prestation 102771 est maintenue jusqu'au 30 juin 2011.

Au sein de la CPNMH, l'ABSyM a une nouvelle fois exigé que la formation fasse l'objet d'un financement équivalent pour tous, et ce qu'elle se déroule dans un centre universitaire ou non universitaire.

Il a été question de formaliser cette déclaration au sein de la CPNMH par le biais d'une convention collective, dont la portée légale aurait toutefois été incertaine. L'ABSyM a repris dans un courrier au président un certain nombre de propositions qui devraient être ratifiées de façon préalable :

- S'il existe des accords qui prévoient une rémunération complémentaire plus intéressante, ceux-ci doivent être maintenus ;
- Le salaire des médecins généralistes en formation est financé pour moitié par l'INAMI ; un système similaire doit être mis au point pour la rémunération des spécialistes en formation ;
- L'introduction d'une rétribution dans le volet B7 des hôpitaux non universitaires ;
- La rémunération complémentaire doit être indexée et tenir compte de l'ancienneté.

Ces arguments ont également été communiqués à la ministre. A ce jour, il n'a toutefois pas été possible de parvenir à un accord sur une convention collective réglant cette problématique.

HONORAIRES DE DISPONIBILITE (03.02.2011)

Suite à la requête du GBS et de cinq de ses organisations professionnelles, un arrêt du Conseil d'Etat daté du 16 décembre 2009 a annulé, au motif de discrimination, l'article 3 de l'AR du 29.04.2008², qui accordait un honoraire de disponibilité à 11 spécialités sur proposition de la Commission Nationale Médico-Mutualiste (décision prise lors des réunions du 5 mars et du 20 décembre 2007). Lors de la Médico-mut du 8 mars 2010, un consensus a pu être dégagé quant au nouveau principe des honoraires de disponibilité.

La liste des médecins susceptibles de bénéficier de cette rémunération a été élargie à tous les titulaires d'un titre professionnel ressortant de l'une des disciplines de base au sens de l'article 1 de l'AR du 25 novembre 1991, qui dresse la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical. La conséquence de cette décision est toutefois qu'un nombre plus important de spécialités devront se partager le budget disponible (qui reste inchangé).

L'ABSyM n'a cessé d'insister pour que cette décision soit publiée lors de pratiquement toutes les réunions du Comité de l'Assurance (en présence des commissaires du gouvernement) et de la Médicomut ; l'AR, daté du 03.02.2011, est finalement paru au Moniteur Belge le 11.02.2011³.

En conséquence de cette modification, les titulaires de 34 titres professionnels particuliers peuvent faire valoir leur droit à ces honoraires de disponibilité, à condition qu'il y ait bien eu dans leur chef une disponibilité effective dans le cadre d'un service de garde hospitalier. Quelques limitations ont néanmoins été prévues ; le nombre maximum de forfaits pouvant être alloués à un hôpital pour un même weekend ou jour férié a ainsi été fixé à 11.

² AR du 29 avril 2008 fixant les conditions et les 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. (MB 22.05.2008)

³ Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les 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 (AR 03.02.2011 – MB 11.02.2011)

L'objectif est que les médecins de garde touchent effectivement les honoraires forfaitaires auxquels ils ont droit. L'AR modifié prévoit à cet égard que le médecin-chef « veille » à ce que l'intégralité des honoraires de disponibilité soient versés aux médecins spécialistes dont le nom a été communiqué à l'INAMI, une disposition qui vise à insister explicitement sur le fait que, comme l'ABSyM l'a exigé, ce forfait doit revenir aux médecins qui ont réellement assuré la garde.

HONORAIRES DE PERMANENCE EN PEDIATRIE

Le 1^{er} mars 2011 a été publié l'AR relatif aux honoraires de permanence des pédiatres⁴, un autre dossier pour lequel l'ABSyM s'est beaucoup battu. Il prévoit l'introduction, à partir du 1^{er} juillet 2010, d'un honoraire forfaitaire pour les médecins spécialistes en pédiatrie qui assurent, les jours de semaine entre 9 et 17h, une présence physique permanente dans un service de pédiatrie hospitalier disposant d'un programme de soins pédiatriques reconnu. La présence physique constante du pédiatre à l'hôpital implique qu'un même spécialiste ne peut assurer au cours d'une même journée qu'une seule permanence pour un seul programme de soins pédiatrique.

Cet honoraire forfaitaire de 240 euros peut être accordé à maximum un médecin spécialiste en pédiatrie ETP, et ce quel que soit le nombre de pédiatres effectivement présents à l'hôpital. C'est le médecin-chef qui veille à la répartition de ce forfait entre tous les pédiatres qui ont assuré une présence physique permanente au sein de l'établissement.

Mentionnons encore, dans ce contexte, qu'un groupe de travail présidé par R. Van den Oever a été mis sur pied au sein du Conseil National des Etablissements Hospitaliers, en vue de répondre à la demande formulée en septembre 2011 par la ministre Onkelinx de définir un nouveau cadre conceptuel pour les programmes de soins pédiatriques – l'idée étant d'évoluer d'un modèle unique (tel qu'il est actuellement défini par l'AR du 13 juillet 2006) vers un concept modulaire et échelonné.

E-CARE

L'ASBL E-Care est une plateforme d'applications informatiques visant à permettre l'enregistrement, le partage et l'échange de données entre prestataires et administrations, qui concrétise les Communications eHealth.

Depuis le 2 mai 2011, ses statuts font l'objet de débats assez houleux. Les décisions sont adoptées à la majorité absolue des voix représentées, mais comprenant la majorité des représentants des organisations représentatives de médecins. Le Conseil d'Administration n'a toutefois qu'un avis consultatif en matière de projets d'application. L'ABSyM s'oppose à ce que l'Etat puisse accéder à la totalité des données et à ce que les médecins soient représentés de façon minoritaire au sein du Conseil d'Administration, et elle revendique un droit de veto. Une réunion a eu lieu pour chercher à déterminer quelles sont les données sur les soins récoltables via eHealth (p.ex. prothèses, registre cancer) sur lesquelles on ne revient pas.

⁴ Arrêté royal déterminant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires forfaitaires aux médecins spécialistes en pédiatrie qui assurent une présence au sein de l'hôpital. (AR 03.02.2011 – MB 01.03.2011)

SUPPLEMENTS EN BIOLOGIE CLINIQUE (03.06.2011)

En vertu d'un arrêt de la Cour de Cassation faisant suite à une action intentée à l'initiative des MC, il aurait été interdit aux biologistes cliniques de réclamer des suppléments d'honoraires pour les soins dispensés à des patients hospitalisés (arrêt de la Cour de Cassation du 3 juin 2011) – un jugement casuistique que tous les spécialistes en la matière estiment parfaitement injustifié et que l'ABSyM a donc appelé les biologistes cliniques à ne pas prendre en compte. Il s'agit en outre d'une question de principes, car la possibilité de réclamer des suppléments dans certaines conditions est l'un des piliers de notre système d'accords. BecoPrivé et Santhéa ont explicitement manifesté leur soutien à l'opposition de l'ABSyM.

A l'occasion de cet arrêt de la Cour de Cassation, DKV avait en outre annoncé qu'il ne rembourserait plus ces suppléments ni en biologie clinique, ni dans le domaine de l'imagerie médicale ; c'est grâce à l'intervention active de l'ABSyM que DKV est finalement revenu sur cette décision.

FINANCEMENT DES SYNDICATS MEDICAUX (11.06.2011)

L'AR du 11.06.2011 relatif au financement des syndicats médicaux a été publié le 23 juin 2011 au Moniteur Belge. Il attribue à l'ABSyM un montant de base de 134.000 euros et un montant complémentaire de 576.210 euros, correspondant aux 13.466 voix obtenues.

ECONOMIES DANS LE SECTEUR DU MEDICAMENT

Les négociateurs gouvernementaux n'ont pas jugé utile d'impliquer les partenaires du secteur des soins de santé dans l'élaboration des mesures d'économies. Ils ont ainsi décidé en décembre 2011, sans aucune connaissance en la matière, que toute prescription ambulatoire d'antibiotiques ou d'antimycosiques serait désormais considérée comme une « prescription en dénomination commune internationale » (DCI). Le pharmacien est donc tenu d'ignorer la prescription exacte du médecin et d'y substituer un médicament appartenant au groupe des produits les moins chers. Grâce à l'intervention active de l'ABSyM auprès du MR et du cdH, la loi a toutefois fait l'objet d'un amendement permettant au médecin prescripteur de refuser explicitement que le pharmacien procède à cette substitution si un argument thérapeutique s'y oppose. Par ailleurs, l'assurance-maladie n'interviendra plus dans le remboursement d'un médicament prescrit en DCI qu'à condition que le pharmacien ait délivré une spécialité appartenant à la catégorie des produits les moins chers. Les Autorités espèrent réaliser avec cette mesure quelque € 21,7 millions d'économies.

Indépendamment de la question de savoir qui sera tenu pour responsable des incidents thérapeutiques éventuels, l'ABSyM a encore formulé plusieurs autres objections contre cette atteinte à la liberté de prescription du médecin.

D'une part, l'ampleur des économies escomptées est complètement irréaliste, car le traitement des infections bactériennes donne déjà lieu à l'heure actuelle à un volume important de prescriptions de produits bon marché.

D'autre part, cette mesure représente une menace, en particulier lorsqu'il est question de la prise en charge d'infections par des champignons et des levures. Ce sont en effet majoritairement des patients cancéreux qui sont confrontés à ce type de problèmes et qui ont besoin d'antimycosiques onéreux. Même à supposer que le pharmacien soit parfaitement au fait de la situation clinique de ces malades à l'immunité souvent compromise, passer d'une molécule à l'autre peut être pour eux mortellement dangereux. Le projet de loi initial prévoyait que cette substitution obligatoire s'applique également à l'hôpital ; sous la pression de l'ABSyM au Comité de l'Assurance de l'INAMI, sa portée a toutefois été limitée aux patients ambulatoires en phase aiguë.

Enfin, l'obligation de délivrer systématiquement le produit le moins cher représente un risque énorme en termes d'approvisionnement du marché et donc d'accessibilité du traitement médicamenteux. Quelle firme peut assumer seule la responsabilité de garantir aux patients un approvisionnement irréprochable ? En outre, comme la sélection des produits les moins chers peut varier d'un mois à l'autre, les pharmaciens ne prendront plus le risque de constituer des stocks ; la disponibilité des médicaments va donc se trouver compromise.

Signalons encore que les médecins qui choisiraient de s'opposer à la substitution de façon systématique peuvent s'attendre à des contrôles pour vérifier qu'une justification écrite figure bien dans le dossier médical des patients concernés. Ce nouveau système bafoue les dispositions de la loi sur les droits du patient, qui accorde à celui-ci un pouvoir de décision quant au traitement qui lui est proposé : à dater du 01.05.2012, seuls les malades les plus fortunés seront encore en mesure d'exercer ce droit. L'ardeur des autorités à réaliser des économies va donc se retourner contre les moins favorisés... et ce sous le mandat d'une ministre socialiste !

FONDS D'IMPULSION POUR LA MEDECINE GENERALE (07.07.2011)

Par le biais d'Impulseo 2, le Fonds d'Impulsion pour la médecine générale intervient dans une partie des coûts salariaux de l'employé qui assiste un (groupe de) généraliste(s) pour les tâches liées à l'accueil et à la gestion du cabinet. L'AR du 12 août 2008 modifiant l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement réservait toutefois aux seuls groupements de généralistes ce soutien financier par le biais de la prise en charge d'une partie des coûts salariaux d'un collaborateur administratif. L'ABSyM a contesté d'emblée cette inégalité de traitement entre pratiques de groupe et généralistes solo.

Le 7 juillet 2011, le Conseil d'Etat a toutefois conclu à l'absence de discrimination injustifiée entre 'groupements' et 'solistes' (arrêt n° 214.501 du 7 juillet 2011), rejetant la demande d'annulation de l'AR du 12 août 2008 déposée en novembre 2008 par un généraliste. Il ressort en effet du rapport au Roi qui précède l'AR incriminé que cette différence de traitement entre groupements et généralistes isolés repose sur la volonté de soutenir des accords de collaboration par le biais d'une aide financière. Le système Impulseo contribue ainsi à résoudre le problème de la disponibilité insuffisante des soins de médecine générale et bénéficie donc non seulement aux médecins de famille eux-mêmes, mais aussi aux patients, à une médecine générale de qualité et à l'assurance-maladie. En conséquence, le Conseil d'Etat a estimé que la distinction entre médecins solo et groupements était bien justifiée par des critères objectifs et pertinents.

Cet arrêt du Conseil d'Etat a fait craindre le report de l'introduction d'Impulseo 3, voire même sa suppression complète, alors que le projet de résolution à ce sujet – qui visait à transformer Impulseo 2 en un fonds accessible à l'ensemble des généralistes, quel que soit leur mode de pratique – avait été approuvé par le Comité de l'Assurance dès le 29 novembre 2010. L'accord médico-mutualiste 2011 a mis explicitement l'accent sur l'adoption urgente par le Gouvernement de ce projet d'arrêté (point 3.3.). Vu que l'AR n'avait toujours pas été publié fin 2011, l'ABSyM a fait inscrire dans la convention conclue le 21.12.2011 pour l'année 2012 que, si cet élargissement n'avait toujours pas été publié au Moniteur Belge le 31 mars 2012, les médecins étaient en droit de résilier l'accord. Après un rencontre avec le chef de cabinet de la ministre Onkelinx (le 09.12.2011), l'ABSyM est toutefois parvenue à convaincre le conseil des ministres restreint (le 13.12.2011), que les moyens destinés au financement d'Impulseo 3 étaient bien disponibles (et non « gelés »), ce qui a permis d'enfin débloquent les choses. L'AR a finalement été publié au Moniteur Belge le 30 mars 2012 ; le fait que ce dossier ait tant traîné a toutefois imposé d'importantes mesures de transition, car l'arrêté s'applique avec effet rétroactif jusqu'en 2008.

Toujours dans le cadre du Fonds d'Impulsion pour la médecine générale, un taux d'imposition réduit de 16,5% a été instauré en 2011 pour la prime de 20.000 euros octroyée aux généralistes qui ouvrent un nouveau cabinet (individuel ou de groupe) dans une zone dite prioritaire, et ce à l'initiative de l'ABSyM.

FONDS DES ACCIDENTS MEDICAUX (16.08.2011)

La nomination des membres du conseil d'administration du Fonds des accidents médicaux a permis d'enfin entamer les travaux préparatoires qui serviront de base à nombre d'arrêtés d'exécution encore à prendre⁵. La réunion d'installation, organisée le 23 septembre 2011, a été suivie de deux réunions du conseil d'administration (les 17.10.2011 et 02.12.2011). Deux groupes de travail ont été créés.

A ce jour, aucune décision de fond essentielle n'a encore été prise quant à la procédure de traitement des plaintes introduites auprès du Fonds. Le Gouvernement a toutefois décidé entre-temps que le Fonds serait intégré à l'INAMI sous la forme d'un sixième service ; il sera donc installé dans les locaux de l'Institut et y tiendra ses réunions.

⁵ Avis relatif à la nomination du président, du vice-président et des membres du conseil d'administration du Fonds des accidents médicaux (B.S. 16.08.2011).

III. ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 2012

L'accord s'est négocié dans des conditions très difficiles. D'une part, l'absence de Gouvernement a jusqu'au bout plombé la délimitation des budgets. D'autre part, la crise, la récession et les difficultés financières de la Belgique ont rendu difficile la conclusion d'un accord satisfaisant, d'autant que les pouvoirs publics tenaient à ce qu'il n'y ait pas coûts supplémentaires à charge des patients au niveau des prestations.

Un accord provisoire, à revoir en juin, a finalement été conclu sur l'indexation, mais tous les incitants ont été majorés (allocation de pratique, honoraires de disponibilité). Les prestations techniques ont été augmentées de 1 % sauf CT, médecine d'urgence et une partie importante des prestations en anesthésie. Le système de tiers payant pour les généralistes, controversé, sera rediscuté durant l'année.

La Commission Nationale Médico-Mutualiste (CNMM) a conclu, le 21 décembre 2011, un accord pour l'année 2012 concernant les honoraires de toutes les prestations médicales.

Sans le moindre contact avec les Syndicats médicaux, le nouveau Gouvernement a décidé d'économiser 130 millions d'euros sur les honoraires médicaux : il avait l'intention de réduire de moitié l'index pour certains médecins et d'imposer des économies plus que conséquentes aux anesthésistes, aux radiologues, aux physiothérapeutes, aux ophtalmologues et aux chirurgiens en formation.

Sous la pression de l'ABSyM, le « Kern » a toutefois changé son fusil d'épaule le 13 décembre 2011 et a confié la mission de réaliser les économies nécessaires à l'organe de concertation créé à cet effet par la loi, à savoir la Commission Nationale Médico-Mutualiste. Le modèle de concertation avec les médecins a été remis à l'honneur. Les conditions du Gouvernement étaient que les mesures proposées n'engendrent aucune nouvelle dépense pour le patient et qu'elles permettent de réaliser intégralement l'économie prévue, soit 130 millions d'euros.

La CNMM, présidée par Monsieur Jo De Cock, est parvenue à des économies équilibrées qui imposent à chaque discipline médicale de supporter une partie de la charge. A titre provisoire, l'index a été réduit de moitié (de 2,99 % à 1,50 %) pour les médecins effectuant peu ou pas du tout de prestations médico-techniques (généralistes, neurologues, pédiatres, etc.), et de 2/3 (de 2,99 % à 1,00 %) pour pratiquement toutes les autres prestations. Des mesures positives ont toutefois été prises pour les médecins généralistes : leur allocation de pratique augmente de 150 €, passant de 1.500 € à 1.650 €, et ceux qui travaillent en solo bénéficieront, comme c'était déjà le cas depuis un certain temps pour leurs confrères et consœurs en début d'activité et pour les cabinets de groupe, d'un soutien financier supplémentaire pour rémunérer leurs collaborateurs. Un certain nombre de problèmes pratiques liés au dossier médical global ont également été résolus.

Des mesures structurelles devront être élaborées dans les meilleurs délais (et en tout cas d'ici le 1^{er} juillet 2012) dans plusieurs disciplines en remplacement de l'économie provisoire sur l'index, de manière à ce que celle-ci puisse être graduellement ou totalement résorbée. Pour les consultations, les visites, la surveillance des patients hospitalisés et les autres prestations non médico-techniques, l'indexation de 2,99 % initialement prévue sera réalisée au plus tard le 1^{er} décembre 2012.

Le Conseil d'Administration de l'ABSyM a approuvé l'avant-projet d'accord à l'unanimité le lundi 19 décembre 2011. Tous les autres partenaires de la CNMM ont également donné leur accord le 21.12.2011. Comme le « Kern » nous l'avait demandé, le patient ne devra pas supporter de charges supplémentaires pour ses soins de santé. L'ABSyM pense qu'il s'agit là d'un signal important vis-à-vis de la population en ces temps financiers difficiles. Compte tenu du contexte actuel, l'ABSyM tient toutefois à appeler les patients à faire un usage responsable des soins de santé.

Un problème de principe a toutefois été soulevé. L'accord tarifaire conclu le 21 décembre 2011 entre médecins et mutuelles introduit pour la première fois une distinction en termes de forfait d'accréditation entre médecins entièrement conventionnés d'une part et médecins partiellement ou non-conventionnés d'autre part. Pour les médecins entièrement conventionnés, le montant de ce forfait a en effet été augmenté de 434,20 euros en 2012 ; les mutuelles ont estimé que cela permettrait de stimuler l'accréditation et le conventionnement.

Dans la pratique, cette mesure ne semble toutefois pas avoir eu d'effet significatif : le taux de déconventionnement des médecins s'élève à 16,87 %, ce qui représente une baisse de 0,1 % seulement par rapport à l'accord précédent et dépasse même de 0,16 % le taux de refus moyen des 12 dernières conventions. En d'autres termes, la revalorisation sélective de l'accréditation inaugurée par le récent accord médico-mutualiste n'a guère convaincu qu'un petit nombre de médecins (0,1 %) de se reconventionner. Il faudra des mesures (financières) nettement plus radicales pour encourager les spécialités qui enregistrent traditionnellement des taux de refus élevés⁶ à revenir dans le système d'accords. La MC n'en laisse pas moins entendre de longue date qu'elle veut introduire un remboursement réduit pour les patients qui s'adressent à des médecins non conventionnés.

⁶ Le taux de déconventionnement le plus élevé se retrouve chez les dermatologues, avec cette année un pic historique de 68,15%. Le nombre d'ophtalmologues qui rejettent l'accord, traditionnellement très élevé, est également en légère augmentation (passant de 54,65 % pour l'accord du 13.12.2010 à 55,98 % cette année). La chirurgie plastique et la gynécologie aussi dépassent encore la barre des 50% de déconventionnés, en dépit d'une légère baisse ; le pourcentage de gynécologues qui refusent de souscrire à l'accord a diminué de 0,1% par rapport à l'an dernier, pour atteindre 50,60 %.

IV. COMMUNICATION

4.1. COMMUNICATION A DESTINATION DES MEMBRES

SITE INTERNET

En septembre 2011, l'ABSyM a présenté une version [entièrement](#) remise à neuf de son site internet www.absym-bvas.be, le canal par excellence pour informer les médecins de ses activités syndicales et événements. Le site est quotidiennement mis à jour et complété par des informations intéressantes pour la pratique professionnelle.

COURRIER

Les membres ont été informés de la modernisation du logo et du site internet de l'ABSyM par carte postale. Par ailleurs, les généralistes membres de l'ABSyM ont été particulièrement mis à l'honneur à l'occasion de la Journée Mondiale du médecin de famille, le 19 mai 2011. En collaboration avec Zenito, l'aile flamande a même offert un sachet de graines de bleuet à ses affiliés généralistes afin de les remercier de contribuer, par leur engagement, à assurer l'avenir de tous les médecins de famille du pays.

4.2. COMMUNICATION STRATEGIQUE

Ce n'est pas qu'avec ses propres membres que l'ABSyM a communiqué de façon intensive en 2011 ; une information claire sur l'actualité du secteur a également été diffusée vers les médias, comme en témoignent les divers communiqués de presse publiés dans le courant de l'année :

- [Accord Médico-Mutualiste 2012: l'ABSyM prend ses responsabilités](#) (22/12/2011)
- [Discrimination et perte de qualité](#) (05/12/2011)
- [Motion relative aux statuts eCare](#) (25/10/2011)
- [DKV rembourse malgré tout les suppléments en biologie clinique et en imagerie médicale](#) (06/10/2011)
- [Critique injustifiée de la part de la Commission de Contrôle Budgétaire](#) (29/09/2011)
- [Suppléments d'honoraires en biologie clinique: Réponse de l'ABSyM et du GBS suite à la circulaire du CIN](#) (16/08/2011)
- [Suppléments d'honoraires en biologie clinique: Circulaire du Collège Intermutuel](#) (08/08/2011)
- [Demande de suppléments d'honoraires pour les prestations de biologie clinique aux aux bénéficiaires hospitalisés](#) (02/08/2011)
- [Diminution d'impôts des généralistes débutants initiée par l'ABSyM](#) (18/07/2011)
- [Analyse succincte de la note de DI RUPO par l'ABSyM](#) (08/07/2011)
- [L'ABSyM met les médecins généralistes à l'honneur à l'occasion de la journée mondiale du médecin de famille](#) (19/05/2011)

- [L'ABSyM exige l'exécution de l'accord initial du 13.12.2010. La prolongation manuelle du DMG doit être conservée, même après 2011](#) (17/05/2011)
- [Qualité des hôpitaux: enquête de Test-Achats trop subjective.](#) (03/05/2011)
- [Nombre de refus de l'accord du 13.12.2010](#) (25/02/2011)
- [L'ABSyM résoud le problème dans le cadre du dossier médical global](#) (08/02/2011)

	ABSyM	
Total mensuel	8	Janvier
	9	Février
	25	Mars
	7	Avril
	16	Mai
	1	Juin
	4	Juillet
	7	Août
	12	Septembre
	17	Octobre
	8	Novembre
	9	Décembre
TOTAL GENERAL		123

4.3 SEANCES D'INFORMATION/ SYMPOSIUMS/TABLES RONDES/...

L'ABSyM a organisé – elle-même ou au travers de ses sections régionales – diverses séances d'information sur les thématiques les plus diverses à l'intention des médecins.

Des « Journées jeunes médecins » ont été organisées spécialement pour ceux qui débutent dans la profession, en octobre 2011 côté francophone et en mars 2011 à Bruxelles pour leurs homologues flamands.

Parmi les autres initiatives, retenons encore une table ronde sur les gardes en médecine générale (chambre du Hainaut, de Namur et du Brabant Wallon), un symposium sur notre système d'accords médico-mutualistes (chambre d'Anvers, du Limbourg et du Brabant Flamand), une séance d'information sur le secret professionnel et l'obligation de discrétion (chambre d'Anvers, du Limbourg et du Brabant Flamand), un panorama des choses à faire et à ne pas faire pour réussir son association (chambre d'Anvers, du Limbourg et du Brabant Flamand), etc.