

# L'accord national médico-mutualiste 2011

Une victoire à la Pyrrhus<sup>1</sup> pour la médecine générale ?

Pierre Drielsma, médecin, membre du bureau politique de la Fédération des maisons médicales

.....

*L'accord médico-mutualiste, épilogue de la grand-messe annuelle des soins de santé en Belgique a été signé entre les partenaires habituels. La situation est peu réjouissante pour les finances publiques (qui ont renfloué les banques, victimes consentantes de l'économie de casino qu'elles ont contribué à développer). L'accord sera donc modeste en volume, peu ambitieux en projets nouveaux et limité à la seule année 2011. L'accord insiste sur la sécurité tarifaire, puisqu'il souhaite la renforcer, et sur l'utilisation scrupuleuse des deniers publics.*

.....

**Mots clefs :** politique de santé, économie de la santé, accès aux soins.

.....

## Comment ça marche ?

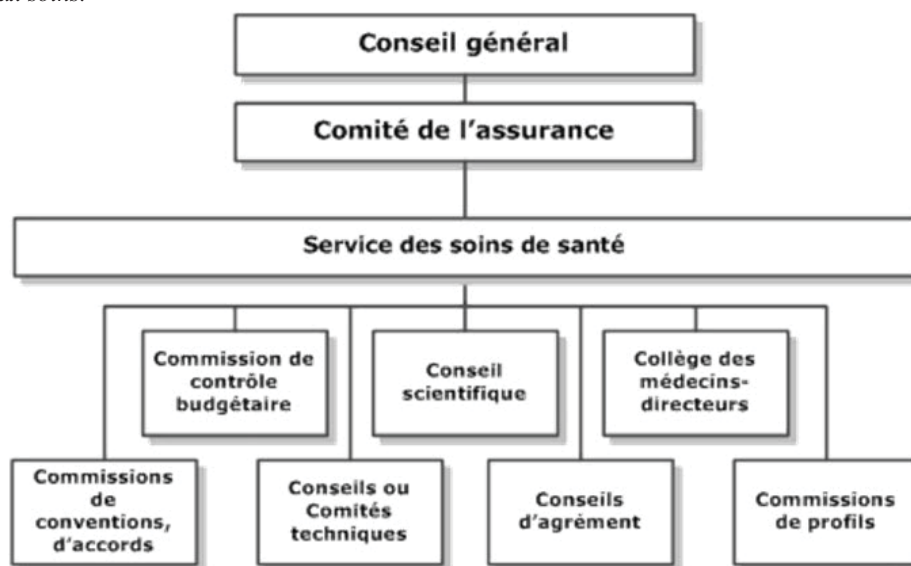
La procédure est relativement complexe, l'organigramme du site de l'INAMI (ci-dessous) donne une bonne idée de la situation. Le conseil général (qui chapeaute le tout) définit un budget global, ce budget est transmis au comité de l'assurance (maladie invalidité) juste en dessous. La barre service des soins de santé représente l'administration de l'INAMI. Il y a sept petites cases tout en bas.

Seules nous concernent pratiquement les commissions de conventions et d'accords (en bas à gauche) dont fait partie la médico-mut (qui vient de rendre sa copie, l'accord 2011), mais la commission

« forfait » est aussi une commission d'accord. Pour info, le Groupement belge des omnipraticiens (GBO) et nous sommes également présents dans certains *conseils techniques* (en bas centre-gauche) et dans la *commission des profils* (en bas à droite).

Le conseil général a voté une indexation de 1,4 %. Pourquoi 1,4 % et pas 2 ou 2,5 % comme certaines conventions paritaires du secteur privé ? Je suis bien en peine de vous le dire, mais nous sommes en train de chercher une explication rationnelle à cette curiosité. Par ailleurs, il a prévu des économies en médecine spécialisée à hauteur de 30.000.000 d'euros soit 0.52 % des honoraires concernés.

Le budget global des soins de santé s'élève à 7,114 milliards d'euros.



••••

## **Nous allons commencer par ce qui nous intéresse surtout : la médecine générale**

### **Forfait de pratique et d'accréditation**

Première mesure, l'augmentation de 50 % du forfait de pratique. Il passe de 1.000 € à 1.500 €. Pour rappel cette allocation (forfaitaire) de pratique (que nous appelons aussi dans notre jargon un forfait par prestataire ou d'infrastructure) est une demande historique du GBO que nous approuvons pleinement. L'objectif syndical était même de 5.000 € il y a déjà 10 ans. Ce qui, indexé, signifierait probablement plus de 7.000 € de forfait annuel. Nous sommes encore loin du Saint-Graal, mais on se rapproche tout doucement. Il existe deux conditions centrales : participer à la garde<sup>2</sup> et prester au minimum 1.250 contacts par an<sup>3</sup>, soit de l'ordre de 5 contacts/jour.

Il existe par ailleurs un forfait (annuel et personnel) d'accréditation qui est simplement indexé (+1,4 %).

### **Le DMG +**

Par ailleurs le Gouvernement s'engage à mettre en œuvre le DMG+ (Dossier médical global augmenté d'un volet de prévention) pour les patients de 40 à 75 ans. Cette décision était déjà dans l'accord précédent. Elle a été bloquée par le *Nord* (et probablement aussi par opportunisme budgétaire). Il ne s'agit pas de mesure nouvelle et certains (le *Syndicaat van Vlaamse Huisartsen - SVH*) crient à l'arnaque car il s'agit de mesures de la convention précédente. Les généralistes à l'acte attendront avril

2011, les soignants au forfait une année de plus<sup>4</sup> car le DMG forfait est calculé à la date du 1<sup>er</sup> juillet et payé au début de l'année d'après.

### **Impulseo III**

*Impulseo III*, mesure décidée aussi il y a un an devrait enfin être finalisé. Là aussi tout était bloqué pour cause d'affaires courantes mais elles seraient surmontées (?). Là aussi l'opportunisme budgétaire à probablement joué... *Impulseo III* permettra aux solistes d'engager du personnel, mais il est aussi prévu de mettre tous les médecins généralistes sur le même plan ce qui fait qu'un groupe de dix médecins généralistes pourra cumuler les *impulséo* de chacun de ses membres.

### **La garde de médecine générale**

L'accord médico-mutualiste souhaite aussi améliorer le système des gardes de médecine générale et assurer sa pérennité. Il y a beaucoup de vœux pieux et nous verrons de quoi accouchera ce catalogue de bonnes intentions.

Les propositions portent sur le renforcement et le développement des postes de gardes.

On passerait d'un financement expérimental (sur les frais d'administration de l'INAMI) à un financement structurel. Il n'est pas précisé si les postes de gardes seront financés sur la masse d'honoraires ou sur des fonds structurels, comme les gardes hospitalières<sup>5</sup>. Les syndicats de médecine générale ne souhaitent pas que les gardes soient soutenues par la masse d'honoraires car il s'agit d'une fonction de service public qui devrait être intégralement financée par les pouvoirs publics.

Principes généraux de financement des postes de gardes :

1. Les postes de gardes seront financés s'ils couvrent un minimum de plages horaires des week-end et des jours fériés (c'est la logique de service public).
2. On tiendra (enfin) compte des situations particulières de l'(extrême) sud du pays : *il sera tenu compte de la charge de travail et de la durée des déplacements des médecins généralistes, de la sécurité et de la structure des coûts.*
3. Il faudra un plan pluriannuel qui explicite à *quels services* s'engage la garde organisée, la population sera informée des services disponibles !
4. Il sera tenu compte du fait que la phase actuelle est encore expérimentale<sup>6</sup> pour deux années.
5. L'INAMI incite les postes de garde de médecine générale à utiliser le tiers-payant<sup>7</sup> *larga manu*<sup>8</sup>.
6. 3 millions d'euros de plus seront investis dans les postes de garde soit un total de 9,884 millions d'euros.
7. Un groupe de travail de la médico-mut suivra les postes et les évaluera.

### **Les trajets de soins (TdS)**

Les trajets de soins seront évalués et l'évaluation a d'ailleurs déjà commencé. Les avis sont pour le moins partagés mais paradoxalement, l'INAMI est prêt à trouver des moyens supplémentaires.

### **Le tiers-payant social**

Nous arrivons au sujet qui fâche les généralistes francophones parce qu'ils sont obligés d'appliquer la mesure suivante : *Les médecins généralistes qui adhèrent à l'accord*

*national s'engage, de manière générale, à appliquer le régime du tiers-payant social pour toutes les prestations de consultation, et ce à la demande du patient et selon les modalités fixées par la Commission nationale médico-mutualiste.*

Cela signifie que, sauf exception, les médecins devront répondre favorablement SI le patient le demande, à l'application du tiers-payant SOCIAL. Qu'est ce que le tiers-payant social ?

Comme nous le voyons dans l'encadré ci-dessous, le tiers-payant social ne concerne pas que

les bénéficiaires de l'intervention majorée, mais aussi trois situations connexes (allocations majorées, chef de famille chômeur de longue durée, dispensés de cotisations) et enfin toute personne en détresse occasionnelle. Cette dernière caractéristique ouvre les portes à un arbitraire assez large.

Un autre point important de l'accord tiers-payant social c'est la formulation : « *de manière générale* » ce qui signifie que le médecin généraliste pourra dans certains cas refuser le bénéfice du tiers-payant à quelqu'un qui le demande ET remplit les conditions

ci-dessus. Cette dérogation a été une des conditions de l'accord. En effet, les praticiens connaissent presque tous de rares patients qui jouent gravement avec leurs pieds. Voici ce que précise le texte de l'accord : *En cas de présomption d'abus ou de présomption d'irrégularités dans le chef du patient ou si la situation réelle du patient semble ne pas être conforme aux conditions précitées, l'application du régime pourra néanmoins être refusée.*

Le bénéficiaire de l'intervention majorée (ou BIM) en BMW ou Ferrari se verra donc également exclu de la jouissance du tiers-

### Tiers-payant social

*Les médecins généralistes qui appliquent le tiers-payant pour des prestations de santé visées au chapitre II de la nomenclature (consultations, visites et avis ; psychothérapies et autres prestations) sur la base d'une des situations suivantes (et dans le respect des conditions propres à chacune de ces situations) peuvent bénéficier d'un remboursement accéléré par l'organisme assureur :*

- 1. bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse ;*
- 2. bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM), au sens de l'article 37, §§ 1er et 19 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités et titulaires, au sens de l'article 32, al. 1er, 13° et 15° de la loi, et leurs personnes à charge, s'ils bénéficient de l'intervention majorée ;*
- 3. titulaires et personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant du revenu d'intégration ;*
- 4. bénéficiaires qui sont, pour l'application de l'assurance soins de santé et indemnités, en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage et qui, au sens de cette dernière réglementation, ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge ;*
- 5. bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées, ainsi que les personnes qui sont à leur charge.*

*Pour les bénéficiaires du tiers-payant social, les médecins doivent envoyer aux organismes assureurs, au maximum une fois par mois, par envoi distinct, les attestations de soins donnés concernées en y joignant un relevé conforme au modèle (cf. site de l'INAMI [http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/social\\_paiement/index.htm](http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/social_paiement/index.htm)).*

payant, à moins qu'il gare dans la rue d'à côté...

Le système sera évalué paritairement mais la procédure et les critères d'évaluation ne sont pas encore déterminés<sup>9</sup>.

### Un euro de plus le soir

Enfin la mesure *Lemye*, pour stimuler les médecins à consulter le soir est maintenue et le supplément d'honoraire passe de 2 à 3 €.

••••

### L'accessibilité financière

Bien, il nous reste à creuser un peu la question de l'accessibilité<sup>A</sup> financière dans le cadre de la médecine à l'acte, c'est-à-dire ici du tiers-payant et du ticket modérateur. Pour les praticiens forfaitaires, il faut rappeler les règles de base du paiement à la prestation et la meilleure manière c'est de *refaire* l'histoire.

Au commencement était le Verbe, non excusez moi, au commencement était l'Acte, mais cet acte était sacré, il réalisait un sacrifice<sup>10</sup>. Aller voir le prêtre et le médecin c'était kif-kif. Officiellement, le chamane n'était pas payé. Les prêtres-guérisseurs pouvaient manger de la viande grillée après le départ du malade. Mais enfin transformer tout cela en espèces sonnantes, c'était plus simple. Les médecins sumériens et égyptiens étaient déjà payés en monnaie<sup>[B,C]</sup>.

Et voilà la médecine à l'acte, évidemment les prêtres connaissaient à peu près la capacité contributive de chacun et gonflaient les honoraires

pour les riches<sup>11</sup>. Je fais un grand bond en avant au XIX<sup>ème</sup> siècle, même si des formes de mutualisation existaient déjà chez les Égyptiens. Au XIX<sup>ème</sup> siècle, les pauvres deviennent plus pauvres et les riches plus riches, c'est un grand classique du progrès capitaliste. Les pauvres travailleurs, pour payer le docteur, cotisent librement à une caisse commune qui dépanne le travailleur (ou sa famille) quand il tombe malade. La caisse commune privée (!) rembourse tout ou partie de l'acte presté (honoraire). Et nous y voilà, si la caisse rembourse tout, il n'y pas de ticket modérateur, si elle rembourse une partie il y a un ticket modérateur. A l'époque le terme ticket modérateur était d'ailleurs impropre, il faudrait

parler de participation personnelle du patient ou franchise à l'acte. C'est en effet comme une assurance qui vous oblige à payer une partie du sinistre, ce qui vous dissuade de faire appel à elle pour les petits dégâts... Mais ce n'est pas tout, soit vous payez directement et vous vous faites rembourser ensuite, soit vous envoyez la facture à la caisse commune (tiers-payant), ce qui veut dire qu'un tiers, un troisième larron paye, la caisse.

En fait, si vous réfléchissez bien, il y a donc deux facteurs qui vont contribuer à freiner votre utilisation des soins : le ticket modérateur bien sûr qui est votre dépense finale personnelle, mais aussi la technique



## ● L'accord national médico-mutualiste 2011

de remboursement. Supposons même un ticket modérateur nul, mais qu'il faille déboursier 23 € pour la consultation et 32 € pour la visite, ça fait toujours mal, il faut les sortir comme on dit, même si on les « retouchera » après.

Donc pour résumer, il existe deux facteurs dissuasifs : le ticket modérateur et le paiement direct. Si vous voulez augmenter l'accessibilité en première ligne, vous devez travailler sur les deux tableaux, diminuer voire supprimer le ticket modérateur et passer du paiement direct au tiers-payant. Voilà pourquoi, les mutualités ont tant insisté pour que le tiers-payant soit appliqué aux BIM et à quelques autres ! Vous avez vu aussi que l'accord 2011 stimule les postes de garde à user largement du tiers-payant. Pourquoi ? Parce que encore trop de patients courent le week-end à l'hôpital pour des pathologies aiguës qu'un généraliste éclairé peut résoudre mieux et à moindre frais. Mais actuellement, la garde à l'hôpital fonctionne en tiers-payant et s'abstient souvent de demander le ticket modérateur donc son accessibilité financière est maximale.

Si les généralistes ne veulent pas se battre sur le terrain des prix (objectif = TM et subjectif = paiement direct), leur part d'activité dans la garde de week-end poursuivra son déclin malgré les postes de garde (mais c'est déjà un plus). D'une certaine façon, les mutualités veulent économiser les deniers publics et ce faisant elles veulent renforcer la première ligne en garde et aussi en semaine pour les précaires.

Le SPA (socialistes flamands) proposait lui aussi le tiers-payant généralisé en première ligne.

Le débat a été âpre. Pour le GBO et nous, il était plus important de diminuer le ticket modérateur de semaine en première ligne et de la ramener à 1 € ou 0.50 €. Mais une diminution de ticket modérateur ça coûte à l'INAMI, (le remboursement augmente). Tandis que l'application du tiers-payant, ça coûte au généraliste (travail administratif, retard de paiement). Les mutualités préfèrent être généreuses avec l'argent des médecins généralistes, ça se comprend en période de crise, mais...

Les généralistes flamands qui voient bien l'intérêt du tiers-payant généralisé en première ligne pour rapatrier l'activité captée par la deuxième étaient favorables à cette mesure. Par contre, les francophones qui craignent une dévalorisation de leur travail hésitent. Nous avons connu ce débat à la Fédération des maisons médicales, il a séparé les zéloteurs du forfait et les mainteneurs de l'acte. Oserais-je dire que l'histoire a tranché ?

● ● ● ●

### **Alors monsieur le sommelier, est-ce une bonne année ?**

Pas facile de répondre à cette question. Deux des mesures phares : DMG+ et Impulseo 3 ne sont que des dettes des conventions précédentes. Il reste les postes de garde qui gagnent 3 millions d'euros. Et l'allocation de pratique qui passe de 1000 à 1500 €, c'est toujours bon à prendre.

Paradoxalement les mesures les plus rébarbatives (tiers-payant) sont peut être les plus grosses en promesses pour la médecine générale, mais comme on dit, en entrant en salle d'hôpital, nous verrons à l'autopsie...



## References

- A. Auray J.P., Beresniak A., Claveranne J.-P., Duru G., *Dictionnaire commenté d'économie de la santé*. Paris : Masson ; 1996.
- B. Halioua Bruno, *Histoire de la médecine*, Paris : Masson ; 2001.
- C. Tubiana M., *Histoire de la pensée médicale, les chemins d'Esculape*. Flammarion ; 1998.

- 
1. Une victoire à la Pyrrhus est une victoire avec un coût dévastateur pour le vainqueur. (Source wikipedia).
  2. Parfois seulement financièrement !
  3. Un médecin qui voit 15 patients/jours et travaille 44 semaines par an preste 3.300 contacts. À mi-temps, il atteint sans difficultés le quota (1650).
  4. Mais ils devraient bénéficier de l'intégralité du système...
  5. Pour rappel l'hôpital a plusieurs sources de financement.
  6. L'INAMI parle de démarrage.
  7. Nous analyserons plus bas la question de l'accessibilité financière (tiers payant) et de la chute des tickets modérateurs.
  8. D'une main large, généreusement.
  9. Quand on fixe une évaluation, il vaudrait mieux définir *a priori* les critères et les procédures d'évaluation.
  10. Un Fait sacré.
  11. La fragmentation sociale du marché est une technique toujours d'actualité pour maximiser les recettes.