
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 2 / FÉVRIER 2015

Bureau de dépôt : Bruxelles

VERS UNE MÉDECINE PLUS EFFICACE ? OUI, MAIS TOUT AUSSI ACCESSIBLE ET AVEC UNE NOMENCLATURE RAISONNABLE

DISCOURS DU PRÉSIDENT, LE DR JEAN-LUC DEMEERE¹

L'année 2014 a été celle du 60^e anniversaire du GBS que nous avons célébré lors d'un symposium le 11 octobre 2014. Cette date est historique pour notre organisation. En ces 60 ans, le royaume de Belgique est passé d'un État unitaire à un État fédéré. La 6^e réforme de l'État a donné des compétences aux entités fédérées en matière de santé et de reconnaissance des médecins spécialistes. Le GBS se devait de pouvoir répondre à ces nouvelles structures et de jouer son rôle au niveau fédéral et au niveau des structures fédérées. Il a lors d'une assemblée générale extraordinaire modifié ses statuts et créé l'AVS (Artsenvereniging Vlaamse specialisten) et l'AMSFr (Association des médecins spécialistes francophones). Le GBS reste donc une structure unie et unitaire avec deux ailes ; l'une francophone, l'autre néerlandophone. Les élections des représentants des deux nouvelles associations sont conjointes à celle du bureau du GBS et permettent non seulement aux représentants de l'AVS et de l'AMSFr d'avoir une identité propre, mais aussi de garder la cohésion « belge » du GBS pour les matières dont la compétence reste fédérale. En Flandre, le ministre Jo Vandeurzen a déjà invité nos représentants à participer aux discussions avec les différents partenaires de la santé publique.

Le GBS se devait de pouvoir répondre à ces nouvelles structures et de jouer son rôle au niveau fédéral et au niveau des structures fédérées. Il a lors d'une assemblée générale extraordinaire modifié ses statuts et créé l'AVS et l'AMSFr.

2014 a été l'année de la grande consultation citoyenne et populaire que l'on a appelé la « mère de toutes les élections ». Cela nous a donné un nouveau gouvernement avec le départ du parti socialiste et de la ministre à la Santé publique et aux Affaires sociales, Laurette Onkelinx. Madame Onkelinx avait initié une

réforme importante du financement des hôpitaux, et dans son rapport 229, le KCE a écrit la partition de cette réforme qu'il reste à mettre en musique. Ne nous leurrons pas ; le problème du financement des hôpitaux est le problème du financement de toute la médecine spécialisée et plus particulièrement le « problème » des honoraires des médecins. Les directeurs d'hôpitaux sont inquiets. Quatre hôpitaux sur dix sont dans le rouge. Le déficit des hôpitaux croît d'année en année. Nous allons droit dans le mur. Par ailleurs, la plus grande partie de ce financement vient des honoraires médicaux (40,9 %). Les directeurs d'hôpitaux et les organisations ou fédérations d'hôpitaux veulent purement et simplement mettre la main sur les honoraires des médecins et les payer au forfait en oubliant le concept d'honoraire, de *fee for service*. On parle de filières de soins, des soins de première ligne réservés à la médecine générale et de soins spécialisés à l'hôpital, lui-même « spécialisé », dans le cadre d'un réseau de soins.

¹ A l'occasion de l'assemblée générale du GBS du 07.02.2015.

Le déficit des hôpitaux sera résolu dès que les honoraires seront cogérés par les gestionnaires et les médecins pour Santhéa, sans réelle cogestion pour Zorgnet Vlaanderen. « Qui est le capitaine du navire ? », a écrit Zorgnet Vlaanderen. Réponse : le directeur d'hôpital qui va organiser et gérer dans son réseau de soins, des besoins de soins et l'offre de soins aux patients. Le médecin est un outil nécessaire dans cette mécanique. On ne parle plus de médecine « spécialisée » ni de médecine « personnalisée au patient », mais de « système de santé et d'efficience ».

En revanche, le rapport 229 du KCE propose des honoraires purs et à l'acte. Ces honoraires ne comprennent donc plus la partie abandonnée (42,64 %) pour financer les 40,9 % du budget des hôpitaux. Si on parle d'honoraires purs cela suppose qu'il deviendra légalement impossible au gestionnaire de faire participer les médecins au financement des hôpitaux, que ce soit directement ou indirectement. En d'autres termes, le financement par pathologie ou DRG devra – sans l'aide des médecins – couvrir les frais de fonctionnement et de financement des hôpitaux. Histoire de faillites annoncées... Pour que le système soit rentable il faudra fermer des hôpitaux et structurer l'offre de soins en centres spécialisés. Pour le KCE, cette restructuration sera territoriale ou géographique. Dans les faits, elle se fera par réseau de soins, sans logique territoriale mais avec une logique de profit et de survie des institutions par réseau, universitaire ou non. On y retrouve la perversité du système. Pour survivre, les hôpitaux devront être rentables et donc disposer – dans le réseau universitaire ou non –, d'un maximum de patients à DRG rentables. Il faudra les « détourner » des autres hôpitaux.

La concurrence ne se souciera pas de la qualité mais de la quantité, au sein de la logique des réseaux universitaires ou non. Selon le KCE, on compte trop de lits et de cliniques universitaires voulant proposer tous types de soins. Si on suit le KCE, on créera un ou deux centres de référence par province. Or, on dispose déjà de 7 universités et de plus de 7 000 lits universitaires... On peut rêver ! La concentration des pathologies dites « rares » et l'exemple du nouveau traitement de l'hépatite C réservé aux seules universités sont des signaux qui annoncent la mainmise de certaines structures et réseaux sur l'offre de soins.

L'hôpital général est condamné à disparaître. On concentrera les soins pour des pathologies spécifiques ; on organisera des filières. La quantité déterminera le financement et amènera inévitablement une fermeture de lits et d'hôpitaux. Cette perspective réduira également le nombre de médecins spécialistes travaillant dans les hôpitaux et modifiera le cadastre des médecins. Seul avantage : on pourra justifier la nécessité d'un examen d'entrée en médecine et d'un numerus clausus...

Selon le KCE, il faudra créer une structure ou un institut pour contrôler et surveiller la qualité. Le financement est basé sur la quantité et très peu sur la qualité. Le financement se ferait par DRG et comportera le financement des patients avec des complications. Déjà maintenant avec les RCM on assiste à des sélections de patients. Comment espérer que cela diminue avec un financement par DRG ?

Le défi du GBS de demain sera de maintenir une médecine à dimension humaine, une accessibilité aux soins spécialisés hospitaliers ou ambulatoires, tels que la médecine spécialisée en ville, et une médecine de qualité, en garantissant la liberté thérapeutique des médecins. Si le système devient une machine, de sorte que les directions d'hôpitaux ont le pouvoir et déterminent les choix thérapeutiques en fonction de leur rentabilité, on ne pourra plus parler de liberté thérapeutique. Soyons logiques : dans ce cas, comme dans les pays à organisation médicale très stricte ou dans un système nationalisé, il faudrait pouvoir créer un système parallèle qui organise une médecine à deux vitesses et laisse le choix aux patients. Le GBS est conscient qu'on devra organiser l'offre de soins dans le cadre de l'assurance obligatoire. Il faut accorder davantage de responsabilité au citoyen, au financier, et au soignant. Il faut plus d'efficience.

Il faut garantir une accessibilité et donc autoriser des consultations privées et un système couvert par l'assurance obligatoire. Prenons l'exemple de la santé mentale (y compris le

traitement du *burn out*), de la pédopsychiatrie, de la gynécologie, de la pédiatrie, de l'ophtalmologie, ou de la stomatologie. Tous ces domaines de la médecine ont besoin d'une accessibilité, hors du système hospitalier et sans mainmise de ce système « hospitalocentriste ». La liste des spécialités énumérée n'est pas exclusive. Elles ne sont pas du ressort – ou uniquement du ressort – de la médecine générale. En conséquence, il faudra garantir une accessibilité aux soins. Mais ceci signifie aussi que les honoraires doivent être ajustés entre la prestation hospitalière et la même prestation hors hôpital. Ceci nous amène d'une part au nœud du problème actuel, à savoir les honoraires médicaux, et d'autre part au modèle de la concertation entre les assureurs et les médecins, à savoir la médico-mut.

Curieusement, en 2014, on a vu la création d'un nouveau syndicat de médecins généralistes un peu bilingues et avec des médecins spécialistes un peu égarés, semble-t-il, vu leur nombre et leurs identités restées confidentielles. Ces élections ont polarisé la médico-mut en un banc de médecins généralistes et un banc de médecins spécialistes. On est loin d'un modèle intégré de fonctionnement d'une médecine de première ligne et d'une médecine spécialisée. Comment va-t-on réformer les honoraires des médecins spécialistes hospitaliers avec une médico-mut scindée entre généralistes et spécialistes ?

On passe en outre sous silence la demande des directeurs d'hôpitaux d'être présents en médico-mut. Pour le GBS, il faut garantir une accessibilité à la médecine spécialisée hors hôpital et il faut garantir des honoraires équitables et corrects aux médecins spécialistes extra-muros. Tout système d'honoraires qui favoriserait la rentabilité de l'hôpital contre l'accès à une médecine de qualité extrahospitalière est inacceptable.

La médecine de « qualité ». Voilà bien le terme à la mode utilisé à toutes les sauces et justifiant toutes les dérives. Le GBS est le groupement belge des unions professionnelles de médecins spécialistes. En tant que structure faîtière, il a un atout unique et considérable. La qualité doit être définie par les professionnels dans leur spécialité. Les sociétés scientifiques doivent promouvoir l'avancement des connaissances et techniques par spécialité. Pour définir des standards de qualité, il convient de répondre à une réalité de terrain. C'est la mission des unions professionnelles. Dans une étude qualité, il faut prendre en considération, la structure, le processus et le résultat (outcome).

Les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires n'ont pas la même structure de fonctionnement ni le même financement. Les lits universitaires sont financés avec des indices différents et les institutions académiques profitent par le B7 d'un financement des assistants et maîtres de stage. Les médecins sont souvent des salariés. Si les indicateurs de qualités sont définis en fonction de la structure académique de l'institution et les processus de soins propres à u hôpital universitaire ces indicateurs de qualité ne sont pas intégralement, applicables aux hôpitaux généraux. Tout indicateur de qualité doit être applicable à l'institution ou à contrario doivent être universels et applicables à toutes les institutions. Ceci est la base même des processus d'accréditation des hôpitaux. Créer de novo des critères de qualités ou des processus qui actuellement ne sont pas financés ou réservé à un nombre limité d'hôpitaux est irréaliste et financièrement inapplicable.

Imaginer ou forfaitariser une médecine avec de nouveaux indicateurs et de nouveaux processus dans le cadre d'une forfaitarisation par DRG est périlleux car on risque de travailler sans la moindre chance de recevoir une rémunération pour le travail fourni. Le financement par DRG serait calculé sur base d'un coût réel qu'on ignorerait. Imaginer un P4Quality sans indicateurs universels est irréaliste. Les indicateurs doivent être écrits pour tous les hôpitaux, académiques ou non. . N'oublions pas qu'une des conditions pour faire un bénéfice avec un forfait est de diminuer les coûts par patient et les durées de séjour. Diminuer les coûts signifie diminuer l'offre des services aux patients. L'indicateur qualité sera la clé du P4Quality. Il devrait être défini par les unions professionnelles qui connaissent la réalité du terrain.

Une révision interne de la nomenclature, comme cela a été notamment réalisé en orthopédie, au sein de la profession peut déboucher sur une nomenclature plus efficace et plus équitable. Le GBS désire conserver un modèle de concertation entre les médecins spécialistes et au sein d'une

médico-mut, même si ce modèle peut être revu en matière d'efficacité et de flexibilité. Mais n'oublions pas que l'on ne peut dépenser l'argent dont on ne dispose pas. Un partenariat avec les associations des patients sera nécessaire pour écouter les patients et leur faire comprendre quels ont été les choix, mais aussi pour leur expliquer ces choix.

Ceci m'amène au fonctionnement du GBS. Devant cette (r)évolution du financement des soins de santé, le GBS devra relever des défis, dont la communication fait partie ; communication interne avec nos membres, communication externe avec les décideurs administratifs, financiers ou politiques, et surtout avec les patients. Nous travaillons à établir ces réseaux. Cela demande du temps, des ressources humaines et de l'argent. Le GBS ne dispose pas de leurs réseaux et ne dispose pas de services informatiques, comme nous n'avons que des moyens collaborateurs. Grâce à de nombreux médecins, nous avons des bureaux d'étude des mutuelles ni des services informatiques importants dans les universités. Nous limités et la bonne volonté de nos eux nous pouvons venir en aide à à titre individuel ou collectif par le biais de leur union (un grand merci à Fanny, Olivier, Raf, Brigitte, Loubna, Vincent, Koen et Sophian). Les actions du GBS ne sont possibles qu'avec la participation active des unions et du comité directeur. C'est le noyau décisionnel de l'organisation qui définit la stratégie et accorde les moyens. Grâce aux réunions du bureau, et demain avec les représentants de l'AVS et de l'AMSFr, nous suivons l'actualité pas à pas, nous préparons les dossiers du comité directeur et nous partageons les informations de notre secrétaire général Marc Moens, présent à l'INAMI et dans de nombreuses commissions ou cénacles.

L'indicateur qualité sera la clé du P4Quality. Il devrait être défini par les unions professionnelles qui connaissent la réalité du terrain.

Pour conclure, le GBS a 60 ans, mais au lieu de se retirer et de battre en « retraite », nous voulons être proactifs et combatifs. Nous visons une médecine accessible à tous, mais financable. Nous voulons une efficacité des soins. Nous voulons garantir une liberté de soins qui ne réponde pas uniquement à des impératifs économiques. Nous voulons une liberté de choix pour le patient et l'accessibilité à une médecine extrahospitalière. Nous voulons garantir des revenus décents et équitables aux médecins spécialistes. Nous nous interrogeons sur le rôle de « défenseurs des patients » des mutuelles et nous constatons leur rôle de garants de certains soins. Nous soutenons la cogestion et exigeons notre participation au processus décisionnel de l'hôpital dans ses choix stratégiques et opérationnels. Nous craignons une médecine à deux vitesses, mais nous voulons une politique de santé et non pas un rationnement des soins de santé.

Après 60 ans d'existence, le GBS nouveau est arrivé ; ses statuts ont été modifiés.

Longue vie au GBS, à l'AVS et à l'AMSFr.

Dr Jean-Luc DEMEERE
Président

@

*Si vous souhaitez réagir à cet article, merci d'envoyer un e-mail à l'adresse suivante : info@vbs-gbs.org
Toutes les opinions sont les bienvenues !*

**UNION PROFESSIONNELLE BELGE DES MEDECINS SPECIALISTES EN
SOINS INTENSIFS
ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ET SYMPOSIUM
26.02.2015**

19 h 30	Stefaan Gouwy <i>Président du BeCEP</i>	Introduction
19 h 40	Didier Neuberg <i>Trésorier</i>	Assemblée Générale - nouveaux membres - bilan financier
20 h	Jan Verbeke <i>Union professionnelle soins intensifs</i>	Le dépassement de budget dans le cadre de l'art. 13, en chiffres
20 h 40	Dr. Piet Lormans <i>Union professionnelle soins intensifs</i>	Mesures contre le dépassement de budget dans l'art. 13
21 h 20	Prof. Dr. Johan Decruyenaere <i>UZ Gent</i>	Enregistrement des patients en soins intensifs
22 h 00		Discussion
22 h 15		Réception

Best Western Hotel – Grand-Bigard - situé le long de l'autoroute E40 Bruxelles-Ostende

Inscription gratuite
L'accréditation a été demandée

✂

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(à renvoyer à : GBS, Symposium SI-IZ., Avenue de la couronne 20, 1050 Bruxelles)

Nom : **Prénom :**
Rue : **N° :**
Code postal : **Lieu :**
N° INAMI : **Courriel :**

Je participerai au symposium du 26.02.2015.

**RAPPEL :
L'ACCORD MÉDICO-MUTUALISTE EST PUBLIÉ AU MONITEUR BELGE DU
27.01.2015**

Les mesures principales de l'accord médico-mutualiste ont été résumées dans le dernier numéro de notre bulletin.

Le GBS rappelle que les médecins souhaitant n'adhérer que partiellement à l'accord ou refuser d'y adhérer doivent faire part de leur décision en adressant une lettre recommandée à l'INAMI, au plus tard le **26.02.2015** février (le cachet de la poste faisant foi).

Les modèles de lettres pour un conventionnement partiel ou un déconventionnement sont disponibles sur le site du GBS www.gbs-vbs.org (E-SPECIALISTE > 27.01.2015 publication de l'accord médico-mutualiste au Moniteur belge du 27.01.2015).

ANNONCES

15030 **BRUXELLES** CHU Brugmann recrute 3 spécialistes en médecine aiguë ou d'urgence (11/11e). Info : <http://www.chu-brugmann.be>. Candid. 18/03/15 : gestionmedecins@chu-brugmann.be à l'att. du Dr. Florence HUT, Dir.Gén. méd. (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles) avec réf. A04/15.

15027 **HAINES-PAUL** L'asbl Centres Hospitaliers Jolimont recherche des ORL. Info : Dr RAVOET, directeur médical (christophe.ravoet@jolimont.be), Dr FREDERICKX, chef de service d'ORL (yolande.frederickx@jolimont.be).

15024 **France** Région Provence, groupe de 10 radiologues, recherche, suite départs retraite et en vue associations, 2 radiologues (activité libérale multisites). Remplacement préalable souhaité. Info et candidature : Dr EGEA tél : +336.11.92.81.56 ou edmond.egea@imageries-medicales.com.

15022 **BRAB. WALLON** A céder : centre médical (12 cabinets & parking). Cession de parts. Pratique

médicale et paramédicale. Info : 0471/63.01.70 - brasseurbe@yahoo.com
 15020 **BRUXELLES** CHU Brugmann engage un cardiologue (11/11). Candidature pour 28/02/2015 - réf. A02/15 : gestionmedecins@chu-brugmann.be à l'att. du Dr. D. Désir, Dir. Gén. Méd. (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles). Info : <http://www.chu-brugmann.be>.
 15019 **NAMUR** CHU Dinant Godinne engage un ophtalmologue T.P. ou partiel. Info : Dr. L. Mathy, Dir. méd., luc.mathy@uclouvain.be. Candidature : recrutement-chu@uclouvain.be
 15017 **BRUXELLES** CHU Brugmann recrute un spécialiste en médecine interne pour la clinique d'héματο-oncologie (11/11e). Candidature réf. A03/15: gestionmedecins(at)chu-brugmann.be à l'att. du Dr. Daniel Désir, Dir. Gén. Méd. (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles). Site internet(<http://www.chu-brugmann.be>). Clôture : 28.02.2015.
 15016 **BOUGE** Clinique Saint-Luc recrute deux radiologues avec activité polyvalente à partir d'octobre 2015 - T.P. (8/10e - 4 jours) + gardes. Candidatures :jorisjeanpaul@icloud.com ou jorisjeanpaul@gmail.com ou dirmed@slbo.be ou tél. : 081/209343 (secrétariat) ou site www.st-luc-bouge.be - espace emploi.
 15015 **BRUXELLES** À louer : Uccle : 2 cabinets pédiatrique et gynéco obstétrique meublés ou non. Location à partir de 1 j./sem. Info : 0498/48.35.25 ou sdtempels(at)gmail.com
 15013 **CHIMAY** Centre de Santé des Fagnes recherche des médecins urgentistes. Contacter le Dr Patrice DRIESSCHAERT, médecin en chef (060/218.706) ou [medecin.chef\(at\)csf.be](mailto:medecin.chef(at)csf.be)
 15012 **NAMUR** Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth recrute anesthésiste, compétences en algologie pour 4 à 10 demi-journées par semaine. Info et candidature : Dr J-E Guillaume, Chef de service adjoint, Service d'Anesthésiologie, Clinique et Maternité Ste-Elisabeth, 15, place Louise Godin, 5000 Namur ou [jeanedouard.guillaume\(at\)cmsenamur.be](mailto:jeanedouard.guillaume(at)cmsenamur.be) . Date de clôture : 01/03/2015.
 15009 **BRUXELLES** Le CHU Brugmann recrute un chef de clinique adjoint au département de médecine interne - clinique de PNEUMOLOGIE (H/F) - 11/11e -Lettre de motivation et cv) : gestionmedecins(at)chu-brugmann.be à l'att. du Dr. Daniel Désir, Dir. Gén. Méd. (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles) référence RH/Na- N°A03/14. Info : <http://www.chu-brugmann.be> Date de clôture : 30/06/2015.15007 À VENDRE : Echographe Philips HD11 d'occasion en parfait état, muni de 4 sondes (Convexe 2-5 / Barette 9-13 / Crayon 15 / Endo Monoplan). Info : 0475/76.43.30
 15006 À vendre : suite à fin de carrière, fibro gastroscope Olympus GIFXQ40, excellent état, prix à convenir. Contact : Dr M. Vlassembrouck - Tél. 067/554375
 15002 **BRUXELLES** HUDERF recrute médecins spécialistes en pédiatrie pour Néonatalogie (H/F). Candidature et CV à M. J. MEERT, Responsable Ressources Humaines, Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, 15 avenue J.J.Crocq - 1020 Bruxelles (e-mail : [julien.meert\(at\)huderf.be](mailto:julien.meert(at)huderf.be))
 14151 **LASNE** À LOUER - CABINET MÉDICAL : Par demi-jour, dans Centre Médical privé (www.medlasne.be) pour SPECIALISTES (5 cabinets), Parking privé 8 places, bâtiment neuf, grosse demande en ORL - GYNECO - DERMATO - RADIO - PEDIATRIE, ..., Localisation optimale le long voie principale, accès pers. mobilité réduite, Bus 50m. Contact 0478-70-87-47
 14112 **LIBRAMONT** Pour l'Unité de Soins Palliatifs « l'Aubépine » et pour l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs, le CHA Libramont recrute des MEDECINS A TEMPS PARTIEL. Adresser candidature au Dir. Med. Dr François Vandepaer ([francois.vandepaer\(at\)vivalia.be](mailto:francois.vandepaer(at)vivalia.be)). Profil de poste disponible chez [beatrice.lannoye\(at\)cha.be](mailto:beatrice.lannoye(at)cha.be).
 14019 **France Nord (59)** Cabinet libéral de radiologie situé dans centre médical, accès scanner. À céder pour départ à la retraite prochain. Accompagnement possible. Contact : 32(0)477831602 - benoit.hardy(at)nextep.be.

Table des matières

• Vers une médecine plus efficace ? Oui, mais tout aussi accessible et avec une nomenclature raisonnable	1
• Union professionnelle soins intensifs : assemblée générale et symposium 26.02.2015	5
• Rappel – Accord médico-mutualiste	5
• Annonces	6