

1. ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 2016 -2017

Mars 2016 : 84 % des médecins belges adhèrent à l'accord soit 88% des MG et 80% des MS.

Les médecins conventionnés bénéficient d'un statut social (environ 4500 €) pour compenser leurs honoraires définis par l'accord. Un seuil d'activité minimale est fixé pour chaque spécialité pour pouvoir en bénéficier.

REFORME DE L'ACCREDITATION

Actuellement l'obtention de l'accréditation oblige les médecins à une formation continue de 20 h/an. La réforme consistera en une formation sur base de méthodes modernes d'apprentissage (e-learning) planifiée sur les besoins des prestataires et les objectifs de santé publique. Un contrôle des résultats modifiera éventuellement le plan de formation. L'unité de mesure de l'accréditation ne sera plus le temps passé mais le résultat obtenu.

BUDGET DES SOINS DE SANTE

Malgré l'accord médico-mutualiste, le budget a été unilatéralement amputé par le gouvernement, sous couvert d'économies, ce qui a entraîné la résolution de cet accord par la partie médicale. L'agression gouvernementale s'est portée sur une économie de 902 millions d'euros dans les soins de santé (soit 1/3 des économies totales voulues par le gouvernement) et une réduction de l'indexation des honoraires médicaux qui passent de 2,51 % à 0,83 %. Le corps médical a du subir en 7 ans une perte de 10% de ses honoraires par la perte des indexations successives. Les conditions d'adhésion à un nouvel accord ont été discutées et acceptées par le gouvernement en Mars 2017.

2. REFORME DE L'A.R. 78 (EXERCICE DES PROFESSIONS DES SOINS DE SANTE)

Le partage des compétences dans le domaine des soins de santé sera redessiné et comportera trois piliers :

1- la compétence des prestataires de soins

Le visa sera transformé en « licence to practice » (autorisation à pratiquer)

Outre le diplôme, le praticien devra tenir un « portfolio » permettant de vérifier sa Qualification.

2- définition de l'interdisciplinarité et intégration.

Le but est l'efficacité et la réduction des coûts, la communication et les équivalences entre différents acteurs.

3- l'accompagnement individuel des patients.

Le patient à une place centrale et doit être considéré comme acteur de ses soins.

3. L'INFORMATIQUE MEDICALE

Selon le Plan Santé 2015-2018, e-recipe procède au développement de la prescription médicale électronique. Celle-ci sera obligatoire au 1/1/18. Il existe des problèmes non résolus à ce jour pour le médecin âgé non informatisé, la prescription à domicile et en institution.

4. LES ETUDES DE MEDECINE

Notre organisation professionnelle (ABSYM-BVAS) demande depuis longtemps un concours d'entrée aux études de médecine (c'est maintenant décidé pour l'entrée académique 2017), le maintien d'une planification, le comblement des zones déficitaires et un engagement des universités à offrir une formation de qualité et non de quantité.

5. SECURITE DES MEDECINS

Suite à l'agression mortelle d'un médecin généraliste pendant sa visite à un patient, le ministre de l'intérieur a été interpellé pour mieux organiser la sécurité physique des médecins : une collaboration entre citoyens, médecins et la police doit être recherchée. La répression de ces actes sera punie plus sévèrement.

6. REDESIGN DES ADMINISTRATIONS FEDERALES EN SOINS DE SANTE.

Il sera créé un réseau intégré entre les différentes organisations de santé pour développer une stratégie commune et une synergie.

7. PLAN D'ACTION CONTRÔLE 2016-2017 DES SOINS DE SANTE

Le but est de combattre les gaspillages, abus et utilisations impropres.

8. REFORME DES SOINS DE SANTE EN 2030 (selon le CIN : collège intermutualiste national)

Le CIN présente sa vision à long terme sur la politique de santé. Celle-ci doit être intégrée dans une politique de santé publique élargie avec une recherche permanente de qualité orientée vers le résultat. L'organisation des soins doit être reconfigurée par la répartition des tâches, la multidisciplinarité, le financement forfaitaire, les échanges électroniques, les modalités de collaboration entre l'hôpital, les maisons de repos et le domicile, l'encadrement des honoraires et une meilleure couverture des soins.

Notre organisation professionnelle a fait part de sa réaction négative. La pression administrative grandissante menace de faire fondre l'implication des prestataires de soins. Les mutualités en s'accaparant la prévention s'infiltreront dans les dossiers médicaux. L'introduction de e-health ouvre les possibilités illimitées de l'informatique alors que le temps et l'argent sont limités. Le médecin conseil des mutualités pourra être à même de décider du traitement du patient. La forfaitarisation de la médecine n'est pas un gage de qualité, celle-ci n'étant pas le but premier des propositions mutualistes.

9. MEDECINE GENERALE

REGION WALLONNE

Une agence pour une vie de qualité (AVIQ) est mise en place en 2014. A noter le peu de place accordée aux médecins dans cet organisme.

Une assurance autonomie permet l'accompagnement à domicile de ceux qui subissent une perte d'autonomie.

Une plateforme première ligne Wallonie (PPLW) rassemble tous les acteurs de la santé pour être l'interlocuteur du cabinet ministériel en raison de la réorganisation de la première ligne de soins. Face à la pénurie des médecins généralistes, la Wallonie prend différentes décisions telles que l'information du public sur la première ligne, la réorganisation de la prise en charge des maladies chroniques, le développement de la multidisciplinarité via l'échange électronique et le soutien aux pratiques groupées et enfin l'aide à l'installation des jeunes.

Le collège de médecine générale regroupe la médecine générale wallonne (organisations professionnelles, scientifiques et universitaires) dans le but d'échanges et promotion.

REGION FLAMANDE

La médecine générale sera réorganisée en vue des soins de première ligne au niveau du malade et des structures : impulseo : aide à l'aide à l'installation et assisteo : aide à la pratique (secrétariat, infirmiers. Il existe aussi une aide aux postes médicaux de garde)

TPO (tiers payant obligatoire) : l'examen du recours contre le TPO est encore à l'examen au conseil d'état. La cour constitutionnelle nous a débouté car le TP assure la première ligne et rend l'accessibilité aux soins meilleure.

10. REFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER

Mise en place de projets pilotes tels que accouchement avec séjour hospitalier écourté, hospitalisation et antibiothérapie IV à domicile

Un projet P4Q (pay for quality) est en cours d'élaboration avec la recherche des bons indicateurs de qualité.

Le KCE (kennis centrum-centre d'excellence) étudie le groupement des pathologies en fonction des similarités de séjours hospitaliers de façon à prévoir trois types de financement selon la variabilité des prestations.

Le KCE publie une étude sur un modèle de gouvernance pour la collaboration entre hôpitaux. A côté des traditionnels associations, groupements et fusions apparition des soins intégrés, réseaux coordonnés et collaboration autonome. Selon un avis ministériel, le réseau hospitalier recevra les autorisations de pratiques et non plus l'hôpital. Il existera 25 réseaux hospitaliers pour le pays. La gouvernance du réseau hospitalier sera réalisée par la personnalité juridique du réseau. La programmation doit adapter l'offre de soin aux besoins de la population.