

FINANCEMENTS ALTERNATIFS

Charleroi, le 14 décembre 2013

Dr Anne Gillet-Verhaegen

GBO - Structure d'Appui



Attractivité de la médecine générale

Financement

- Reconnaissance de son rôle central dans l'organisation du système des soins de santé
- L'enseignement universitaire et post-universitaire
- L'organisation de la profession²



PARADIGME BIOMEDICAL

- Valorisation de l'usage de la technologie
- Valorisation de l'hôpital comme lieu privilégié des soins
- Valorisation de l'enseignement hospitalo-universitaire de savoirs parcellisés au détriment des visions holistiques, globales spécifiques à la première ligne de soins – état d'indigence des CAMG et SSMG
soins primaires (primary=essentiel)
- Valorisation de l'acte curatif



PARADIGME BIOMEDICAL

- La médecine spécialisée est mise en première ligne et au hit parade de l'offre de soins
- L'outil généraliste par excellence, l'**acte intellectuel**, est déprécié financièrement
- La MG est réduite souvent à des rôles subalternes :
médecine administrative, médecine économique, des pauvres, d'appoint

PARADIGME BIOMEDICAL

- Encombrement des 2ème et 3ème lignes de soins (recours direct à la MS par les patients)
- Utilisation chaotique de la garde par les patients
- Fuite des MS de l'hôpital pour une pratique privée
- Dé-spécialisation de certains spécialistes
- Manque de MS dans les salles d'urgence et les salles hospitalières
- Engagement de MG pour les remplacer
- Rapport formation de 25% MG / 75% MS en 2013

PARADIGME BIOMEDICAL

- Le budget des médicaments explose
- un MG sur deux risque un burn out
- la presse regorge de critiques sur l'offre médicale et la performance du système de soins

PARADIGME BIOMEDICAL

Pourtant

- L'échelonnement de soins est reconnu comme instrument d'amélioration des soins de santé (Etude de B. Starfield)
- Le rôle central du MG est reconnu dans tous les congrès



Nécessité d'une rationalisation du système pour éviter le rationnement des soins

Quelle action syndicale?

Liberté, responsabilité, solidarité.



1998

- PREMIERES ELECTIONS SYNDICALES
contournement de la résistance des partenaires de la CNMM à valoriser les MG par leurs actes et à les reconnaître comme réel atout en santé publique :
 1. création de **financements alternatifs** liés à la **plus-value de la MG: LES 4P**
 2. **Indexation non linéaire** (restitution d'un certain financement des actes techniques aux actes intellectuels)



Quels financements alternatifs ?

- Proposition préalable d'un financement de base pour tout MG pratiquant la MG
annuel
identique pour tous
Projet refusé par les partenaires de la CNMM ne voulant pas payer les MG « à ne rien faire »
- Proposition de **financements ciblés: les 4P**



4P

- P1: paiement à la Prestation
 - P2: paiement par Patient
 - P3: paiement par Prestataire
 - P4: paiement par Pratique
-
- FINANCEMENT COLLECTIF DE LA MG

FINANCEMENTS alternatifs

- Soutien ministériel hors CNMM pour l'initiation de ces financements alternatifs (DMG, honoraires de disponibilité...)
- Intégration à la CNMM en deuxième temps

		Quoi ?	Combien ? (31/12/2012)	
P1	Prestation	Honoraires	€ 1 011 207 000	77.82 %
P2	Patient	DMG – DMG+	€ 157 046 000	12.09 %
		TdS	€ 1 596 373	0.12 %
P3	Prestataire	DMI	€ 6 802 000	0.52 %
		Honoraires Disponibilité	€ 18 369 000	1.41 %
		Forfait Pratique	€ 17 093 000	1.32 %
		Accréditation	€ 16 456 000	1.27 %
		Statut Social	€ 44 499 200 (*)	3.42 %
		Impulseo I	€ 4 476 000	0.34 %
P4	Pratique	Impulseo II - III		
P5	Performance	?		
Financement Collectif		PdG	€ 17 400 000	1.34 %
		Cercles	€ 3 563 680	0.27 %
		RML	€ 879 013	0.07 %
			€ 1 299 387 862	

(*) estimation



P1 : paiement à la Prestation

80% du financement global de la MG

(Modulation selon la taille de la
pratique individuelle)



P1 : paiement à la Prestation

- Idées de nouveaux codes de nomenclature
 1. code pour la concertation pluridisciplinaire au lit du patient
 2. code pour la concertation pluridisciplinaire avec la 2ème ligne par « téléphonie » à distance
 3. code pour une consultation longue durée « générique »...

P2 : paiement par Patient (capitation)

1. Dossier médical global (symbole de la place centrale de la MG)

Document du FAG-SSMG-Syndicats « les lignes de force des soins de première ligne » : entérinement du concept de **l'inscription**.

Fait historique en 2013



P2 : paiement par Patient

2. **Dossier médical global plus:** petite avancée historique dans la reconnaissance financière de l'action préventive

Augmentation du DMG de 45 ans à 75ans pour y intégrer la prévention réalisée tout au long des contacts (**versus** « consultation unique » - essai SSMG non concluant).

MAIS LA PREVENTION MERITE PLUS D'ATTENTION



P2 : paiement par Patient

Rôle préventif (Dr M. Roland)

Prévention primaire

Action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé chez un individu ou dans une population avant son apparition (diminution de l'incidence)

Prévention secondaire

Action menée pour prévenir le développement d'un problème de santé à partir d'un stade précoce en améliorant son évolution (morbidité), sa durée (mortalité)-**prévalence**

P2 : paiement par Patient

Rôle préventif (Dr M. Roland)

Prévention tertiaire

Action menée pour diminuer les conséquences et la prévalence d'un problème de santé chronique , en minimisant ses complications aiguës ou chroniques

Prévention quaternaire (Dr. M. Jamoulle)

Action menée pour identifier un patient ou une population à risque de souffrir des effets iatrogènes et de ceux de la surmédicalisation

P2 : paiement par Patient

DMG +, historique

- Examen de santé (SSMG) : peu utilisé
- Livre blanc du cancer (Ministre Onckelinx)
(fédéralisation d'un budget préventif en l'insérant dans la nomenclature)

P2 : paiement par Patient DMG+

- **Etude sur le burn out du MG (KCE 2010):** Causes avancées en priorité par les MG
 1. Surcharge administrative handicapant la mission de soins sur le terrain
 2. Difficultés **d'éducation** des patients
 - Exigences
 - Automédication
 - Internet
 - ...

Quelles réponses aux MG ? Quelle formation ?

P2 : paiement par Patient

DMG +

- Une exigence administrative simplifiée?
Renouvellement **automatique** du DMG et DMG+?
- Paiement du DMG et DMG+ selon **l'utilisation**?
- Paiement selon **le contenu**? (proposition des mutuelles)

Avec quelle immixtion des mutuelles dans nos pratiques?

P2 : paiement par Patient DMG+

Quel contrôle, sur quelle qualité, de quels soins?

Exemple connu: l'« histoire belge » des Bf

1. Discordance entre obligations administratives, connaissances scientifiques et pratiques sur le terrain
2. Inefficacité relative de la maîtrise de la qualité des soins et des budgets:

Ex de la Rilatine malgré le recours obligé à la MS et aux médecins conseils

P2 : paiement par Patient DMG+

Pour une bonne tenue du DMG et du DMG+:

- Nécessité d'une information optimale entre MS et MG, ONE et MG, centres de planning et MG... (Ex: mammotests, frottis cervicaux, vaccins...)
- Nécessité d'une bonne articulation des lignes de soins avec un **échelonnement** des soins où le MG occupe la place centrale

Pour éviter que le DMG+ ne soit mission impossible

P2 : paiement par Patient

DMG+ pour la personne >75 ans (SSMG - projet)

Évaluation de sa fragilité au domicile

échelle d'évaluation de

- son état cognitif,
- sa mobilité,
- son alimentation,
- la complexité de sa médication
- son autonomie
- sa continence...



P2 : paiement par Patient

DMG++

Proposition:

- Augmentation du DMG pour les **malades atteints de maladies chroniques complexes** (proposition du GBO en 2008: DMG++ 200 euros/an)
 - Patients atteints de maladie chronique
 - (Situation simple)
 - Situation complexe
 - Multi-morbidité et/ou perte d'autonomie
- NB: **financement « selon l'ancienneté »**

P2 : paiement par Patient DMP

Dossier Médical Global Partagé (DMP) sous la
direction du MG (partage avec les MG
(gardes) et les MS si missions de soins)
projet



P2 : paiement par Patient

DMP-Multidisciplinaire

- **DMG multidisciplinaire, informatisé et partagé partiellement**, pour les malades chroniques (partage avec le patient, les aidants proches et les autres soignants (infirmiers, kinésithérapeutes...))
 1. Si accord du patient
 2. Projet pilote test ?
 3. Intégration des soins non médicaux
 4. Directives cliniques, information pour les patients
 5. Planning des soins, échange, coordination, suivi
 6. Outil d'évaluation de l'autonomie
 7. Prévention
 8. Médicaments
- PROJET



P2 : paiement par Patient

3. Trajets de soins: projet de faire reconnaître le patient atteint de maladie complexe et d'en augmenter le DMG.

Mais mise en place d'un système de TdS niant :

- le rôle **central** du MG en mettant toutes les lignes de soins au même niveau - financement identique de la MS
- Le rôle **holistique** de la MG: organisation du métier en silos verticaux par pathologie

P2 : paiement par Patient

Trajet de soins: évaluation

Projet actuel :

1. ne pas diversifier les pathologies à mettre en TdS mais **reconnaître un patient atteint de maladie complexe**
2. **Pré-trajet de soin pour diabétiques:**
modèle renforcé du passeport-diabète,
électronique et mieux financé:
accès à l'éducateur plus précoce
y intégrer le programme 'autogestion'



P3 : paiement au Prestataire

1. DMI

Proposition d'intégrer au DMGI une **aide à la décision avec guidelines**

NB: proposition des mutuelles de financer seulement le DMGI au détriment du DMG papier: attention !

2. forfait accréditation

Proposition d'un paiement au nombre de formation suivie



P3 : paiement au Prestataire

- 3. Allocation de pratique : € 1650 si**
participation à la garde du Cercle et 1250
contacts/an (en moyenne sur 5 ans) (non
pour les 5 premières années d'activité)
- € 434 supplémentaires pour les médecins
totalement conventionnés (promotion de la
convention)

P3 : paiement au Prestataire

- 4. honoraires de disponibilité:** 5,91 €/H (dès 19H – semaine et WE) - (possibilité de les répartir selon d'autres critères définis par le cercle)

NB: garde reconnue officiellement dans le Plan Gardes (20/11/2013) de la Ministre dès 18H

P3 : paiement au Prestataire HD

- Sort des HD économisés par la réorganisation des gardes
 1. paiement de la 18ème H
 2. augmentation de la valeur des HD
 3. augmentation particulière de la valeur des HD en nuit profonde
 4. Réinvestissement dans les projets de garde (PMG et alternatives)
 5. Refus de leur réinvestissement dans les salles d'urgences

P3 : paiement au Prestataire

- 5. STATUT SOCIAL:** € 4325 (€ 2127) –
+Allocation supplémentaire de € 434 sur
l'allocation de pratique pour les
conventionnés totalement

P3 : paiement au Prestataire

STATUT SOCIAL:

Economies en vue:

1. Proposition de conversion des économies faites en financement d'une 2ème période de maternité identique à celle payée par les mutuelles
2. Doublement du statut social pour les assistants « sui generi » (pas de pension)
3. Augmentation du statut social complet existant
4. Revenu garanti pour les pathologies non prises en comptes par les assurances (psychiques – burn out...)

P4 : paiement à la Pratique

- **IMPULSEO :**
 1. I. à l'installation
 2. II – III. au soutien **administratif** lié à l'engagement de personnel administratif pour tous styles de pratique (délégation des tâches – création d'emplois)
(**versus** forfait lié au nombre de DMG, favorisant les grandes pratiques)
 3. IV. Proposition – projet : au soutien à l'installation d'un **réseau informatique** pour le partage des dossiers de MG solo en réseau ou de MG en association ou en MM



P4 : paiement à la Pratique

- **Impulseo V: ou ASSISTEO (projet SSMG-universités-FMM)**

Pour soutenir l'engagement d'une aide à la pratique autre que administrative

pluridisciplinarité (infirmier...)

délégation des tâches (MG -> infirmier
-> aide soignant)

AVANTAGES des P3 et P4

- Soutien identique à toutes les pratiques (N-S)
- Solidarité avec les pratiques débutantes (jeunes) et finissantes (fin de carrière)
- Prise en compte de la féminisation de la profession et de ses difficultés (grossesses, temps partiels)
- Prise en compte du travail non rémunéré par l'acte
- Sortie de la dynamique « course à l'acte »



AVANTAGES des P3 et P4

- Délégation des tâches, re-spécialisation des MG
- Mise en place d'une politique de santé (de la population **et** des MG) et d'installation
- Encouragement au regroupement des pratiques (lutte contre le burn out)
- Revalorisation financière des MG sans réduire l'accessibilité aux soins de la population
- Prise en compte qualitative de l'écoute, du counselling, de la guidance, de la prévention...

KCE 2008

CONFIRMATION DU BIEN FONDE DE CES
FINANCEMENTS ALTERNATIFS POUR
L'AUGMENTATION DE L'ATTRACTIVITE DE LA MG



KCE 2008

« Les conditions de travail des médecins généralistes pourraient être améliorées entre autres par la mise en place de possibilités d'interruption de carrière, de temps partiels et de services de garde bien organisés. Le travail en collaboration, au sein de réseaux ou de pratiques de groupe, devrait être encouragé: il contribue à rompre l'isolement et permet la délégation de tâches administratives et le travail en équipe multidisciplinaire. »

Le terrain et ses représentants

- CONFIRMATION DU BIEN FONDE DE CES FINANCEMENTS ALTERNATIFS
 - Par la SSMG
 - Par les universités
 - Par la plate-forme des maladies chroniques
 - Par les partenaires de la CNMM qui n'en contestent plus la pertinence
 - Par la « base » qui en revendique aujourd'hui le maintien et l'évolution



P5 ?

- Financement à la performance (à l'objectif)
 1. Au prestataire individuellement
 2. À la profession collectivement: responsabilité partagée

P5 ?

- **Financement au prestataire selon les objectifs atteints**

Exemples

1. taux de couverture de vaccination de la population inscrite
2. Nombre de mammothests...

Passage de l'obligation de moyens à l'obligation de résultats

P5 ?

Passage de l'obligation de moyens à l'obligation de résultats: attention

- À l'accueil des populations plus pauvres, plus mobiles, moins dociles...
- A l'incertitude des connaissances scientifiques actuelles parfois mises en question demain (ex: THS de la ménopause)
- Au conflit d'intérêt entre le MG et le patient
- Au risque de sélection des patients
- A la transformation de la relation thérapeutique, menacée
 1. de tentation de normativité
 2. de perte de réelle rencontre avec la personne en souffrance
 3. de « **désengagement** » du prestataire

P5 ?

- **Financements de la profession selon les économies réalisées collectivement**
 1. Augmentation de la prescription de génériques : **oui mais...** si cela ne met pas les prestataires en porte-à-faux vis à vis des patients
 2. Diminution du volume de certaines prescriptions : **non**. Cela handicape les prescripteurs raisonnables : la suspicion de conflit d'intérêt s'installe lors du refus légitime d'une prescription

SUBSIDES COLLECTIFS DE LA MG

**LA OU IL Y A DES DIFFICULTES DANS L'EXERCICE
DE LA MG,
LA SOLUTION PASSE PAR LA RECONQUETE DE
LA DIMENSION COLLECTIVE DE L'EXERCICE
PROFESSIONNEL**



SUBSIDES COLLECTIFS DE LA MG

- **RML:** indispensable émancipation vis à vis des trajets de soins.
 - SISD: intégration des 2 organisations ?
- **POSTES DE GARDE ET ALTERNATIVES:** budget de € 17 millions en 2013 (dont 6 millions de notre index)
 - Proposition de réintégrer les HD économisés dans le budget du GT des Gardes de la CNMM
 - Proposition de réintégrer également les économies des visites à domiciles transformées en consultations dans ce même budget



SUBSIDES COLLECTIFS DE LA MG

- **CERCLES:** financement dès 2002

Missions en augmentation : gardes, alertes sanitaires, burn-out

Proposition d'un financement de ceux qui s'y investissent : possibilité par les cercles eux-mêmes ? Financement supplémentaire?

- **RSW et Abrumet**



Subsidiation de la formation en MG

- Université
- CAMG
- SSMG



Buts poursuivis

- **Assurer les meilleurs soins, au meilleur endroit, par le prestataire le plus adéquat, au moment le plus opportun**
- **Avec des prestataires en équilibre de vie professionnelle et privée**



La défense professionnelle: un
travail de titan auquel vous êtes
tous conviés

MERCI POUR VOTRE
ATTENTION

Syndicalement vôtre,
[www le-gbo.be](http://www.le-gbo.be)

