
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr J.-L. Demeere
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 / AVRIL 2019

Bureau de dépôt : Bruxelles – N° d'agrément : P918437

ENVOYÉ AUX PARTIS POLITIQUES ET À LA PRESSE LE 04.04.2019

MÉMORANDUM DU GBS ÉLECTIONS DU 26.05.2019

Le GBS-VBS, groupement belge des unions professionnelles des médecins spécialistes, vous présente son mémorandum pour la politique de santé en Belgique. L'union est la plus grande organisation de médecins (spécialistes) de Belgique et compte plus de 8 500 médecins en ordre de cotisation. Au sens de la loi, elle n'est pas un syndicat de médecins parce qu'elle ne compte pas de généralistes parmi ses membres.

Le mémorandum ci-joint met en exergue nos priorités :

1. Nous souhaitons une accessibilité universelle aux soins, le maintien de la qualité et un financement durable. Ce dernier point est sensible, vu le vieillissement de la population, la diminution proportionnelle des salariés et la charge de l'impôt pour les citoyens. Nous demandons aux partis politiques de trouver d'autres sources de financement, en dehors des cotisations sociales et de l'impôt.
2. Nous souhaitons augmenter l'efficacité des hôpitaux en diminuant les durées de séjour, en favorisant le financement actuellement désavantageux de la chirurgie ambulatoire et le développement du secteur ambulatoire
3. Nous soutenons la réforme des réseaux hospitaliers et souhaitons être le partenaire des gestionnaires. Nous soutenons le modèle de consensus pour les conseils médicaux de réseau.
4. Le secteur ambulatoire est complémentaire, en première ligne, de la médecine générale. Nous souhaitons développer plus particulièrement les consultations hors hôpital, et proches des citoyens. Nous songeons à des spécialités comme la pédiatrie, la gynécologie, la dermatologie, la cardiologie, l'ophtalmologie... Il faut consacrer une attention particulière aux problèmes de santé mentale. Le burn-out, la dépression demandent une approche plus spécialisée que celle d'un médecin généraliste. Les dépressions peuvent être traitées par les psychothérapeutes (psychologues). Cependant, ils n'ont pas de formation médicale ni de droit à la prescription. On note aussi une grave pénurie de psychiatres infanto-juvéniles.
5. Il faut revoir complètement la nomenclature des soins de santé. Le système des honoraires forfaitaires pour les soins à basse variabilité est inapplicable en pratique. Actuellement, aucun

programme informatique ne parvient à répartir les honoraires forfaitaires entre les différents prestataires de soins.

6. Le débat sur les suppléments d'honoraires est un faux débat. Les suppléments servent à rémunérer le médecin et l'hôpital. L'étude Maha a révélé que 4 hôpitaux sur 10 sont dans le rouge. Le vrai débat est le rôle des mutualités qui avec leur assurance complémentaire font de la concurrence aux assurances privées et souhaitent réduire leurs dépenses en limitant ou supprimant les suppléments d'honoraires. En aucun cas, l'exercice de la profession n'est une activité commerciale et ne peut être subordonné au paiement de suppléments d'honoraires.
7. La formation des médecins spécialistes doit être suivie dans les hôpitaux universitaires et au moins pour la même durée, dans les hôpitaux non universitaires. La formation de médecin spécialiste n'est pas une formation académique, mais une formation professionnelle qui exige des connaissances, des aptitudes et attitudes propres à la spécialité médicale. Le médecin spécialiste en formation ne peut pas être piégé par un professeur d'université, maître de stage-coordonateur qui a tous les pouvoirs. Celui-ci ouvre la porte à la spécialisation, définit le plan de stage (et les lieux de stage), il est le président du jury de l'examen universitaire, il signe l'attestation de pratique autonome, indispensable pour demander au ministre l'agrément permettant d'exercer la spécialité. De plus, le maître de stage siège souvent à la commission d'agrément.
8. Certaines pratiques médicales et actes médicaux, génèrent des frais de matériel ou de stérilisation du matériel supérieurs au tarif INAMI de remboursement de l'acte. Cette situation est injuste et financièrement, c'est un cauchemar.

Nous vous remercions pour l'attention portée à ce courrier.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments respectueux.

Dr Donald Claeys
Secrétaire général

Dr Jean-Luc Demeere
Président

MÉMORANDUM

1. Politique générale de la santé

1.1. Assurabilité universelle et couverture des soins de base

Un système de sécurité sociale obligatoire et solidarisé garantit une assurabilité universelle pour les soins de base, permet d'assurer une pérennité du financement des soins de santé et évite l'exclusion sociale.

À côté de l'assurance obligatoire, le citoyen peut souscrire une assurance complémentaire qui peut éventuellement être privatisée. En définissant ce que l'on entend par soins de base, on ne doit pas seulement considérer la nature des soins mais aussi la fréquence à laquelle on a le droit de bénéficier de ces soins financés par les moyens publics. Les besoins supplémentaires peuvent être couverts par une assurance complémentaire.

Un tel système permet de responsabiliser les utilisateurs et de créer une concurrence entre les assureurs afin de trouver les soins les plus efficaces et les plus abordables. Ce système maintient le financement actuel solidarisé des soins de base par une couverture universelle

et permet la responsabilisation des patients qui souhaitent davantage, soit via une assurance complémentaire, soit via un financement propre.

1.2. Couverture des soins spécialisés

L'étendue des connaissances médicales et l'utilisation de l'intelligence artificielle modifient les pratiques médicales. Le décret flamand sur la première ligne considère que les soins « spécialisés » ne relèvent pas des tâches de la première ligne et qu'ils sont réservés à la deuxième ligne essentiellement hospitalière.

La pédiatrie de ville, les gynécologues, les dermatologues, les ophtalmologues, etc. assurent des prestations spécialisées de première ligne qui ne nécessitent pas l'infrastructure onéreuse de la deuxième ligne. Il faut encourager les initiatives privées dont le but est d'offrir des soins spécialisés extramuraux pour des pathologies spécifiques à un meilleur tarif que dans un environnement hospitalier lourdement institutionnalisé.

1.3. Assurances complémentaires

Les assurances complémentaires pourraient sans alourdir le financement de l'assurance obligatoire, permettre des soins innovants pour le patient. Ces assurances complémentaires sont ouvertes à tout le marché des assurances et ne sont pas réservées aux mutuelles dont le discours actuel est ambigu en ce sens que d'une part, elles se considèrent comme les défenseurs des patients, tandis que d'autre part, elles gèrent le système de santé dans le cadre de l'INAMI, exploitent des hôpitaux et offrent des assurances privées au moyen d'assurances complémentaires souvent à caractère obligatoire. Cette situation qui veut qu'actuellement les mutuelles soient « juge et partie » est non seulement inéquitable mais aussi contreproductive pour le développement de soins de santé orienté vers le futur au profit du patient

Les mutuelles offrent des assurances privées tout en voulant par le biais de l'INAMI contrôler leurs dépenses en essayant de limiter les suppléments légalement autorisés

Dans le cadre de l'Europe et de la libre circulation des personnes et des biens, le système belge exclut l'initiative privée et régule le système avec des mutuelles qui agissent comme des assureurs privés. Ces assureurs se permettent de financer des pratiques non « evidence-based » comme l'homéopathie tout en voulant par le biais de l'INAMI contrôler leurs dépenses en essayant de limiter les suppléments légalement autorisés ou en influençant les honoraires médicaux dans le cadre de l'assurance obligatoire. L'influence unilatérale qui déséquilibre le pouvoir entre les dispensateurs de soins et les assureurs doit être remplacée par une participation bilatérale.

1.4. Politique de suppléments

La politique des suppléments est actuellement strictement règlementée. Les mutuelles, certains économistes de la santé et des personnalités politiques veulent la suppression de ces suppléments privés. La raison de cette demande sème la confusion. Dans le même discours on entend que d'une part, l'assuré ne reçoit pas les soins parce qu'il n'est pas en mesure de payer en raison des suppléments privés et d'autre part, que les suppléments sont un non-sens car le patient qui ne les paie pas reçoit les mêmes soins qu'en chambre privée.

Les suppléments d'honoraires sont, tant dans les hôpitaux universitaires qui travaillent principalement avec des médecins salariés que dans les services non universitaires, une

source de financement considérable pour l'hôpital : ces suppléments servent entre autres à financer les services financièrement moins solides, les investissements en matériel et infrastructure et le personnel supplémentaire non indemnisé par le BMF.

Les mutuelles qui proposent des assurances hospitalisation (qui servent notamment à couvrir les suppléments d'honoraires en cas de séjour en chambre privée) plaident pour la suppression des chambres à deux lits ou plus, et pour qu'on ne conserve que des chambres privées. Mais dans le même discours, elles demandent aussi la suppression des suppléments en chambre privée. Parlons-nous ici du respect du choix des patients, statut privé ou non, ou du financement de l'assurance complémentaire ? D'ailleurs, si demain on disposait exclusivement de chambres privées à l'hôpital, les travaux de transformation représenteraient un surcoût pour les hôpitaux. Les subsides de ces travaux sont aux mains des communautés. Il ne faut pas sous-estimer les surcoûts. De plus, comparativement, les chambres privées sont plus coûteuses que les chambres à plusieurs lits en termes d'investissements, logistique et soins. Actuellement, les hôpitaux n'ont déjà pas assez de moyens pour financer leurs soins. Il existe un déficit structurel du BMF.

La suppression des suppléments d'honoraires en chambre privée peut seulement être envisagée dès que la revalorisation du budget des moyens financiers et des honoraires permettra d'assurer aux médecins des revenus décents, conformément à la responsabilité et l'expertise qu'ils ont acquises et comparables aux honoraires des médecins des pays avoisinants. Il faut éviter le tourisme des médecins ou des patients. La médecine reste principalement une profession libérale avec des honoraires et non pas un tarif ou un salaire. L'hôpital est financé à 40 % par les honoraires des médecins.

2. Financement des hôpitaux

2.1. Modification du financement par l'introduction des forfaits

Le financement par forfait lié à la prestation de soins de santé est une logique économique. On ne paye plus pour un acte médical et une chambre d'hôtel, on finance un produit, un service qui correspond au soin pour un traitement médical, chirurgical ou technique. Ce service a un coût et ce coût doit être financé. Ce financement s'effectue par un forfait « all in ». L'institution se débrouille pour la gestion de ses coûts. Le forfait devient le budget de

En médecine, la qualité de la prestation a des implications directes sur la santé, l'incapacité de travail, la morbidité et la mortalité

fonctionnement et on responsabilise l'hôpital. Le système est complètement biaisé. D'une part, les économistes de la santé qui soutiennent ce système ne changent pas le système actuel et hyper-réglémenté des soins de santé et d'autre part, ils proposent ce système pour faire des économies sur les actes médicaux et les prestations médicales (surconsommation ?). Il ne faut pas être docteur en économie pour comprendre que ce système va inévitablement diminuer l'offre de service et donc la qualité du service. Or en médecine, la qualité de la

prestation a des implications directes sur la santé, l'incapacité de travail, la morbidité et la mortalité. L'économiste de la santé répondra peut-être que ce qui importe c'est la « Quality of Life » (QoL) mais cela ne fait pas les affaires de nos patients. Dans une telle logique d'économie de marché, l'hyper-réglementation est un obstacle. De plus le système s'inscrit dans un système de marché et de concurrence entre institutions qui ont le même système de financement. La concurrence se situe donc ailleurs ! Le raisonnement qui sous-tend l'introduction des réseaux se base sur l'offre de meilleurs soins dans la zone géographique

du réseau. D'après ce même raisonnement, les autorités doivent prévoir un espace suffisant pour la créativité au sein de chaque réseau afin de lui permettre de développer un concept propre, au lieu de mettre en œuvre un règlement « taille unique pour tous » pour l'ensemble du territoire.

Certes, la ministre a proposé un phasage des réformes en commençant par les soins à basse variabilité et les honoraires médicaux. Elle ne veut pas brusquer ni réformer directement tout le système. La ministre commence par les coûts de la production des soins et pas par le coût du service hospitalier. Le médecin n'est pas un employé de l'hôpital sauf rares exceptions ou dans les hôpitaux universitaires. Il est le producteur de soins, un recruteur de patients et le garant de la qualité. Bien qu'il soit question du financement des hôpitaux, on ne l'applique actuellement qu'aux honoraires, tout en sachant que $\pm 40\%$ du financement des hôpitaux provient des honoraires médicaux.

La réorganisation locorégionale diminue la concurrence entre les hôpitaux et donc l'impulsion pour « la valeur ajoutée », la plus-value au sein de l'offre des soins

La réorganisation de l'offre en réseaux structure l'offre des soins. Toutes les activités ne peuvent plus être offertes dans un même hôpital (universitaire ou pas). Cette réorganisation locorégionale diminue la concurrence entre les hôpitaux et donc l'impulsion pour « la valeur ajoutée », la plus-value au sein de l'offre des soins. Le financement nécessite une standardisation des soins afin d'éviter des dépenses. Les médecins deviennent des employés du système où le producteur de soins, le médecin, renonce à sa créativité, à son esprit d'entreprise en échange d'une médecine standard au sein du cadre budgétaire. Un système centralisé n'a pas produit de valeur ajoutée pour les soins dans des pays ayant un système de ce type comme par exemple le Royaume-Uni. Établir un forfait au sein d'une offre structurelle n'apporte aucune valeur ajoutée mais entraîne un nivellement des soins.

2.2. Le rôle du médecin et la gestion des hôpitaux

Malgré un rôle évident dans le financement des hôpitaux, le médecin ne peut actuellement pas ou peu agir sur la gestion de son hôpital. En cas de fusion ou de rénovation, le conseil médical ne donne qu'un avis simple. Dans le cadre du réseau, le modèle de consensus permettra de donner une place au médecin dans la gestion du réseau. Tant que la loi prévoira que le déficit dans l'exploitation des hôpitaux – quelle que soit l'origine – peut être répercuté sur les médecins, il faut que les médecins disposent d'un droit de parole dans la politique pour éviter cette forme de financement de secours dû par exemple à une mauvaise gestion.

2.3. La complexité du système de financement

Le système de financement actuel est opaque et complexe et nécessite des mesures de correction. En principe, à terme, la réforme du financement des hôpitaux va aussi inclure le BMF. La question est de savoir si cette réforme sera poursuivie ou se limitera aux honoraires des soins à basse variabilité. Les réorganisations structurelles des réseaux ne peuvent avoir lieu que pour autant qu'il y ait au moins un gel des moyens financiers existants pendant 5-7 ans pour que la réorganisation soit aussi effectivement possible.

2.4. Les investissements

La compétence en matière de programmation et financement du matériel médical lourd est répartie entre d'une part, les autorités fédérales et d'autre part les autorités fédérées. Les investissements pour les constructions ou grandes réparations sont attribués aux autorités fédérées. Actuellement, ils ne couvrent plus un pourcentage de l'investissement, mais sous la forme d'un budget ou d'un forfait attribué à l'hôpital. Comme le financement de l'hôpital est assuré par le BMF et simultanément par un prélèvement sur les honoraires médicaux forfaitisés ou non, les médecins peuvent craindre des prélèvements supplémentaires sur leurs honoraires pour apurer les déficits du budget de l'hôpital.

2.5. Les hôpitaux publics

Les hôpitaux publics ont encore du personnel statutaire avec leur propre système de pension. Il n'est pas logique d'assurer les pensions par l'intermédiaire des hôpitaux publics. Il faudrait donc que l'autorité de tutelle reprenne ces coûts à son compte et que le statut de statutaire au sein des hôpitaux publics disparaisse, avec des mesures transitoires compensatrices pour ceux qui ont été obligés de travailler dans un système statutaire.

2.6. Appareillage médical

Les investissements dans l'appareillage médical nécessitent un effort financier important de la part des hôpitaux. De plus, dans le cadre de l'accréditation des hôpitaux, il est souvent exigé que des contrats d'entretien (coûteux) soient conclus qui peuvent facilement atteindre jusqu'à 10% du prix de vente. Souvent, après 8 ans, cet appareillage médical n'est plus soutenu par le producteur et ce matériel doit être remplacé. Les autorités devraient obliger les firmes à soutenir les appareils pendant 15 ans. La situation actuelle n'est pas supportable.

3. Réseaux de soins

La logique qui veut qu'on fasse appel aux réseaux de soins pour répondre aux besoins des patients est louable. Les soins sont attribués en fonction de la demande. Cette logique exige donc des réseaux géographiques et non pas universitaires ou philosophiques. L'organisation des réseaux demande que les hôpitaux s'organisent pour dispenser des soins qui répondent aux besoins de la population. Les soins « moins courants » nécessitant des moyens plus lourds peuvent se concentrer dans un hôpital « inter-réseaux », universitaire ou non universitaire. Les hôpitaux universitaires ne devraient plus assurer des soins de base ni des soins courants, mais devenir des centres d'expertise pour des maladies « rares » ou complexes. Le financement coûteux de 7 hôpitaux universitaires pour offrir la gamme complète des soins de base est contraire à la logique des réseaux de soins. Évidemment, si l'on maintient la logique des réseaux universitaires, les hôpitaux non universitaires deviennent des hôpitaux de proximité avec des soins de proximité sans complexité ni subtilité technique. Ils deviennent les centres de recrutement pour le développement d'une médecine universitaire. Si l'on évolue vers des réseaux universitaires, la médecine sera inévitablement régulée par les universités. On ne parlera plus de marché des soins mais de monopole des soins.

4. Médecine générale

La médecine générale évolue, se sédentarise dans des pratiques médicales avec plusieurs médecins et parfois d'autres professionnels de la santé. Les consultations sont sur rendez-vous, pendant les heures de « bureau ». Les urgences traumatologiques sont dirigées vers l'hôpital. Il en va souvent de même pour les urgences médicales. Le nombre des visites à domicile diminue. Ces visites sont souvent des visites aux personnes âgées, chez elles, ou dans les homes. Le corollaire de ceci est la nécessité de développer les services d'urgences existants, ou de créer des services d'urgences (« basic ») dans des zones moins peuplées et de mettre en place une collaboration avec la garde de médecine générale. La médecine des médecins généralistes semble évoluer vers une médecine générale qui met l'accent sur les soins chroniques et la prévention. Le travail sur rendez-vous et la diminution des visites à domicile modifient la pratique du médecin généraliste mais cela ne porte pas atteinte à l'essence de la fonction du médecin généraliste.

5. Médecine spécialisée de ville

Il faut que la médecine spécialisée de première ligne ou de ville se développe. Ceci diminuera les coûts des hôpitaux et facilitera les services de proximité pour les patients. De plus les médecins spécialistes de ville pourront mieux orienter les patients dans les réseaux de soins. Les actes effectués par les médecins spécialistes de ville partagent la même nomenclature que les actes effectués par leurs collègues dans les hôpitaux. Les risques financiers pour l'appareillage sont pris par les spécialistes.

Les médecins spécialistes de ville pourront mieux orienter les patients dans les réseaux de soins

La diminution du nombre de pédiatries hospitalières aura comme effet de diminuer le nombre de pédiatres hospitaliers et de promouvoir l'hyperspécialisation. Afin d'assurer des soins de proximité, il faudra développer des pédiatries « de ville », des cabinets de consultations avec ou sans paramédicaux comme les logopèdes, psychologues ou kinésithérapeutes. Comme mentionné ci-dessus, la complexité des connaissances médicales et l'expérience de la pratique médicale devraient permettre de meilleurs services aux jeunes patients.

6. Honoraires des médecins et soins à basse variabilité

La réforme du financement des hôpitaux se limite actuellement à une réforme des honoraires des soins à basse variabilité. Le tout nouveau système de financement fait son entrée dans le chaos avec la publication tardive de l'arrêté d'exécution, l'annonce du montant prospectif global par admission et la communication de l'INAMI. 2019 est une année chaotique. Aucun hôpital n'est en mesure de déployer le nouveau système de financement des honoraires. On demande donc que la loi soit d'application sous forme de projet pilote jusqu'au 31 décembre et que l'ancienne nomenclature continue à être utilisée pour financer les médecins et les hôpitaux.

Pour éviter que l'introduction des soins à basse variabilité ne devienne une opération visant à faire des économies et pour garantir la qualité des soins aux patients, il faut mettre au point un système de supervision permanente de la qualité.

Le GBS a participé à une étude d'évaluation des honoraires par spécialité basée sur la complexité, le risque et la durée. Une réforme des honoraires en ce sens est indispensable. Il faut favoriser le calcul de l'honoraire sur la base de ces trois critères.

7. Divers

7.1. Pédiatrie

Ne pas facturer les prestations en N* au nom du nouveau-né mais de la mère est anachronique et surréaliste.

La présence du pédiatre à l'accouchement ne peut pas être financée selon une médiane des pratiques. Si une maternité, pour des raisons de sécurité et de qualité, demande la présence d'un pédiatre, pourquoi financer la non-qualité ? Surréalisme à la Belge.

Des mécanismes de financement spécifiques doivent être développés pour que l'enfant reste le moins longtemps possible à l'hôpital : ceux-ci comprendraient entre autres des admissions provisoires, l'hôpital de jour et l'organisation de soins transmuraux. Pour ce dernier point en particulier, le pédiatre de ville pourrait jouer un rôle important.

7.2. Stérilisation des appareils d'endoscopie

La complexité du financement de la stérilisation hospitalière porte à la charge des gastro-entérologues le coût de la stérilisation de leurs appareils. Un scandale de non-stérilisation accidentelle des appareils d'endoscopie et les risques de transmission d'hépatites et d'autres affections, a complexifié les techniques de stérilisation qui sont très coûteuses. Le financement de l'acte en ambulatoire (colonoscopies, gastroscopies ou autres endoscopies) ne suffit plus pour couvrir le coût de la stérilisation des appareils. Nous exigeons donc des honoraires pour la prestation médicale et un budget de fonctionnement pour la stérilisation des endoscopes.

7.3. Développement des trajets de soins

Afin de développer un nouveau concept de soins où les prestations sont financées par les forfaits, on recommande de calculer les coûts sur la base d'une description des trajets de soins et non pas sur la base de la médiane des actes comme actuellement. C'est seulement sur la base des coûts réels qu'il est possible d'estimer les coûts pour une pratique de qualité.

Les unions professionnelles des médecins spécialistes peuvent établir ces trajets de soins et ce faisant, instaurer des critères de qualité, suivant le principe du « peer-review ».

7.4. Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes

Les avis que le Conseil Supérieur a élaborés pour actualiser les critères d'agrément par spécialité ne sont actuellement pas publiés. Il faudrait en faire une priorité afin de concevoir une formation sur la base de compétences prédéfinies.

7.5. La formation des médecins spécialistes

Le GBS demande que la formation des médecins spécialistes ne soit pas exclusivement organisée par 7 réseaux fonctionnels universitaires de formation. Le maître de stage universitaire a en ce cas tous les pouvoirs. Il dessine le plan de stage, donne l'autorisation (via le doyen) pour la spécialisation, est le jury de l'examen (universitaire) et signe l'attestation de pratique autonome. En francophonie, la commission d'agrément validera le plan de stage, recevra la demande d'agrément après l'autorisation de pratique autonome. En Flandre, le médecin candidat spécialiste devra réussir son MaNaMa (avec un diplôme ?) avant de pouvoir demander son agrément. Le rôle de la commission d'agrément deviendra alors obsolète. La responsabilité paritaire de la formation entre les universités et les

hôpitaux non universitaires n'est plus garantie. En raison du modèle de concurrence qui oppose hôpitaux universitaires et hôpitaux non universitaires, de nouveaux spécialistes sont formés, non pas pour répondre à la demande du patient et du marché de la santé dans tous ses aspects, mais pour répondre aux demandes en nombre de médecins des hôpitaux universitaires et non-universitaires.

Les médecins candidats spécialistes ne doivent pas servir de monnaie d'échange entre les services de stage universitaires et non universitaires. Ce ne sont pas des hommes (femmes) à tout faire mais de futurs collègues qui doivent bénéficier d'une formation de qualité. Des mécanismes de contrôle indépendants tant pour la qualité de la formation que pour le respect de la loi sur la durée du travail doivent être mis en place.

Les candidats spécialistes ne doivent pas servir de monnaie d'échange entre les services de stage universitaires et non universitaires

7.6. La psychiatrie et la pédopsychiatrie de première ligne

Les soins psychiatriques ne sont pas assez accessibles à la population. La compétence des généralistes à soigner des burn-outs, des dépressions, des troubles bipolaires et des problèmes pédopsychiatriques en accord avec les dernières découvertes médicales et la médecine EBM, pose question. Il faut aborder ce type de soins en profondeur. Les généralistes n'ont pas toujours suivi la formation requise pour soigner ces maladies de longue durée. Les conséquences socio-économiques ne doivent pas être sous-estimées. Nous plaçons pour un développement poussé de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie, en dehors des hôpitaux, et pour les cas aigus (admissions), à l'intérieur des hôpitaux.

7.7. Chirurgie de jour et soins ambulatoires

L'évolution des soins nécessite un développement des soins ambulatoires et de la chirurgie de jour tant intramuros qu'extramuros. Aujourd'hui, c'est principalement le financement de l'hôpital qui entrave la poursuite du développement de la chirurgie de jour. La restructuration du paysage hospitalier confèrera un rôle aux hôpitaux locorégionaux pour qu'ils mettent au point des soins de proximité sans moyens techniques lourds. L'infrastructure des hôpitaux actuels peut être transformée sans entraîner de lourdes dépenses, pour qu'il y ait une chirurgie de jour, avec un secrétariat, une hospitalisation de jour, un bloc opératoire etc. Trouver un autre modèle de financement pour promouvoir la chirurgie de jour et les soins ambulatoires tant intramuros qu'extramuros est une des priorités.

7.8. Vieillesse de la patientèle

On constate un vieillissement général de la population ce qui entraîne une augmentation proportionnelle importante du pourcentage qui recourt à une aide médicale en raison d'une dépendance aux soins et/ou d'un handicap. En raison d'un glissement progressif des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires, ce « double vieillissement » impose une charge supplémentaire aux praticiens de la médecine spécialisée. Ces efforts supplémentaires ne sont pour l'instant pas récompensés dans la nomenclature, on y remédie dans une faible mesure avec des initiatives structurelles comme les hôpitaux de jour. À cette fin, une innovation du système des soins de santé tournée vers le futur doit proposer des réponses en termes de financement, infrastructure, formation et élargissement des quotas.

CONCLUSIONS

1. Demande d'une révision de la nomenclature des actes médicaux en fonction des critères de temps, de risque et de complexité.
2. Modification de la réforme du financement des hôpitaux qui est exclusivement basée sur les honoraires à basse variabilité, avec introduction de critères de qualité en fonction de l'acte et de la patientèle. Transparence dans l'attribution des honoraires au prorata des actes prestés. Couverture des coûts réels nécessités par ces prestations.
3. Élargissement des critères de financement des soins à basse de variabilité au BMF et aux autres sources de financement. Transparence du BMF.
4. Les frais réels doivent être préalablement co-déterminés avec les médecins. Il faut réellement une cogestion et pas uniquement un cofinancement. Le modèle de consensus devrait être introduit dans les conseils médicaux.
5. Introduction et financement au sein du Conseil Supérieur d'un système de contrôle et d'évaluation de la qualité du service de stage et du maître de stage à titre individuel et non pas dans le cadre d'un réseau universitaire. La parité entre l'université et la profession doit être garantie dans toutes les composantes de la loi pendant l'intégralité du trajet de la formation du candidat spécialiste en formation.
6. Révision du concept de médecine de première ligne et développement de la médecine spécialisée de ville, pour la pédiatrie, la gynécologie et la psychiatrie.
7. Des mesures spécifiques sont nécessaires pour garantir la qualité et un accès facile aux soins pour la patientèle âgée touchée par des limitations fonctionnelles et une forte demande de soins.
8. Développement de la chirurgie et des soins ambulatoires.