

Rapport du secrétaire, le Dr Marc MOENS, présenté à l'occasion de l'assemblée générale statutaire de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale du 24.02.2011 à Grand-Bigard

1. Introduction

Depuis notre précédente assemblée générale statutaire du 23.02.2010, le comité directeur de l'Union Professionnelle Belge des Médecins Spécialistes en Biopathologie médicale s'est réuni à quatre reprises (les 20.04.2010, 29.06.2010, 26.10.2010 et 18.01.2011).

Les comptes rendus approuvés et autres informations ont été transmis aux membres par le biais de cinq circulaires classiques par courrier ordinaire (les 08.04.2010, 20.05.2010, 20.07.2010, 05.08.2010 et 16.11.2010). On a de plus en plus recours à l'échange électronique d'informations par "e-spécialiste". En 2010, sept éditions de l'e-spécialiste ont été consacrées à la biologie clinique :

- N° 126 (22.01.2010) concernant la nomenclature et les art. 24 § 1 (microbiologie; cf. précédent rapport annuel point 3.3.8.) et art. 24 § 9 (garantie de qualité; cf. précédent rapport annuel point 3.3.9.)
- N° 137 (18.03.2010) avec le projet de rapport annuel de l'assemblée générale statutaire du 23.02.2010
- N° 138 (22.03.2010) avec des errata au projet de rapport annuel
- N° 158 (14.09.2010) avec le train d'économies de 35 millions d'euros dans la nomenclature
- N° 160 (22.09.2010) avec l'appel aux candidatures comme centre de référence en microbiologie humaine
- N° 167 (22.11.2010) concernant les honoraires forfaitaires (article 24 §2)
- N° 171 (09.12.2010) concernant la modification de nomenclature du PSA et le report jusqu'au 13.01.2013 de l'entrée en application du 0,8 ETP médecin biologiste clinique par laboratoire agréé

L'e-spécialiste offre l'avantage d'une plus grande rapidité mais l'inconvénient qu'il n'y a pas de certitude que l'information a effectivement atteint les intéressés. Tous les médecins sont en effet submergés de messages électroniques et de renvois vers des sites à consulter. Ouvrir le mail ou le supprimer prend une fraction de seconde. L'avenir nous dira quel mode de transmission de l'information est le plus approprié. Quand le facteur dépose une lettre de l'UPBMSBM dans la boîte aux lettres d'un collègue, le comité directeur ne peut pas non plus savoir si la lettre est lue mais nous supposons que le contact physique avec l'enveloppe et son contenu est quelque peu plus intense qu'avec un clic de souris.

En attendant, le GBS a recours aux deux modes de transmission de l'information, sur papier et par voie électronique, selon la situation.

2. Evolution du nombre de laboratoires et de prestataires

Entre la publication de l'annuaire statistique de l'ISP-WIV, département biologie clinique, de 2008 et celui de 2010, on note la disparition de 9 laboratoires de biologie clinique (-5 %) : 175 laboratoires agréés en 2008 contre 166 en 2010 (cf. tableau 1).

Evolution du nombre de laboratoires de biologie clinique agréés

Année	Nombre	Année	Nombre
1990	748	2000	320
1991	725	2001	278
1992	680	2002	258
1993	630	2003	235
1994	585	2004	185
1995	530	2005	198
1996	496	2006	179
1997	462	2007	170
1998	441	2008	175
1999	359	2010	166

Source : Documentation Dr M. Moens + ISP-WIV Département biologie Tableau 1 clinique, 1050 Bruxelles; annuaires statistiques 2008 et 2010

Depuis 1990, il disparaît chaque année en moyenne 7,62 % des laboratoires agréés. Si ce rythme se maintient, en 2020, il ne restera plus en Belgique qu'environ la moitié des laboratoires agréés actuellement (81) et, en 2060, à peine 3. Même s'il faut encore s'attendre à une concentration au sein des laboratoires de biologie clinique dans les hôpitaux de petite taille, notamment en raison de l'obligation de disposer au moins de 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique pour rester agréé (cf. infra point 3.1.), cette disparition de laboratoires devra bien s'arrêter un jour, en tout cas si on veut continuer à garantir le service à la population. Parallèlement à la diminution du nombre de laboratoires agréés, on constate également un recul de 5 % du nombre de centres d'activités entre 2008 et 2010 (cf. tableaux 2 et 3)¹.

Nombre de laboratoires de biologie clinique et de centres d'activités (2008)

	Laboratoires		Nombre total de centres d'activités	
	2010	2008	2010	2008
Flandre	92	97	128	135
Bruxelles	15	17	25	28
Wallonie	59	61	84	86
Belgique	166	175	237	249

Source : ISP-WIV Département biologie clinique, 1050 Bruxelles; annuaires statistiques 2008 et 2010

Tableau 2

¹ Au cours de la réunion de la Commission de biologie clinique du 02.03.2011, les membres ont été informés que le nombre de laboratoires de biologie clinique agréés à la date du 01.03.2011 a continué de baisser pour atteindre 160 tandis que le nombre de centres d'activités a été ramené à 230.

Nombre de laboratoires et de centres d'activités en 2010 par rapport à 2008

	Nombre de laboratoires	avec 1 CA	avec 2 CA	avec 3 CA	avec 4 CA
Flandre	92 (-5)	64 (-4)	22 (-1)	4 (+1)	2 (-1)
Bruxelles	15 (-2)	9 (-1)	3 (-1)	2 (=)	1 (=)
Wallonie	59 (-2)	43 (-3)	9 (+1)	4 (=)	3 (=)
Belgique	166 (-9)	116 (-8)	34 (-1)	10 (+1)	6 (-1)

CA = centre d'activités

Tableau 3

Source : ISP-WIV Département biologie clinique, 1050 Bruxelles; annuaires statistiques 2008 et 2010

En ce qui concerne le nombre et le type d'agrément (cf. tableau 4), il est surprenant de constater que le nombre de laboratoires effectuant de la biologie moléculaire est resté inchangé entre 2008 et 2010 (46 pour les articles 24bis et 33bis réunis) mais que, pour l'article 33bis, le nombre de laboratoires en activité a diminué de 3 unités en région flamande en 2010 par rapport à 2008 (de 11 à 8) tandis qu'il a progressé de 2 en région wallonne (de 3 à 5).

Alors que, l'année passée, nous avons signalé que plus aucun médecin généraliste n'avait demandé un agrément comme laboratoire clinique pour ses propres patients (étant entendu qu'ils peuvent effectuer un nombre limité de tests pour eux, à 100 % des honoraires et sans devoir participer au programme d'évaluation de la qualité de l'ISP-WIV²) (cf. également tableau 7), cette année, on constate que le nombre de laboratoires agréés réalisant exclusivement des examens microscopiques est passé de 10 à 6. Ce type de minilaboratoire va très probablement également disparaître dans un proche avenir.

Nombre et type d'agrément (centres d'activités)

	Belgique		Région flamande		Région bruxelloise		Région wallonne	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
(nombre total de CA)	237	249	128	135	24	28	85	86
Chimie	208	222	112	117	21	24	75	81
Chimie - Hormonologie	197	204	101	103	21	22	75	79
Chimie - Toxicologie	196	193	110	101	19	20	67	72
Chimie - Monitoring thérapeutique	185	192	98	101	17	19	70	72
Microbiologie et microscopie	175	186	96	99	14	17	65	70
Exclusivement examens microscopiques	6	10	4	7	1	1	1	2
Sérologie infectieuse	182	188	96	100	15	15	71	73
Hématologie	213	224	113	120	21	23	79	81
Hémostase - coagulation	201	209	106	112	21	22	74	75
Immuno-hématologie et sérologie non infectieuse	203	215	111	116	21	23	71	76
Médecine nucléaire in vitro	107	112	52	54	10	10	45	48
Article 24bis*	30	29	14	15	4	4	12	10
Article 33bis*	16	17	8	11	3	3	5	3

* avec au moins un test agréé

Tableau 4

Source : ISP-WIV, Département Biologie clinique; annuaires statistiques 2008 et 2010

Sur les 9 laboratoires agréés qui ont disparu entre 2008 et 2010, deux sont situés dans le secteur hospitalier et sept dans le secteur extra-hospitalier (cf. tableau 5).

² A.R. du 31.01.1977 déterminant les prestations de biologie clinique visées à l'article 63 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Nombre de laboratoires en fonction de la localisation

	en hôpital		en policlinique		ailleurs		total	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
Flandre	57	57	4	4	31	36	92	97
Bruxelles	10	11	0	0	5	6	15	17
Wallonie	36	37	1	1	22	23	59	61
Belgique	103	105	5	5	58	65	166	175

Source : ISP-WIV, Département Biologie clinique; annuaires statistiques 2008 et 2010

Tableau 5

En ce qui concerne le nombre de prestataires (cf. tableau 6), nous remarquons que le nombre de médecins biologistes cliniques ayant un agrément INAMI en 2009 (dernier chiffre connu dans un rapport annuel de l'INAMI) est exactement le même qu'il y a sept ans, en 2003, soit 699 individus. Quant au nombre de médecins biologistes cliniques ayant un profil INAMI, nous sommes au niveau le plus bas depuis 20 ans que j'effectue les enregistrements : 458 prestataires.

Nombre de spécialistes biologistes cliniques agréés vs profils INAMI

	Médecins		Pharmaciens	
	avec profil ⁽¹⁾	agréés ⁽²⁾	avec profil ⁽¹⁾	agréés ⁽³⁾
1990	495	⁽⁴⁾	452	⁽⁴⁾
1991	494	⁽⁴⁾	443	⁽⁴⁾
1992	492	712	436	⁽⁴⁾
1993	500	685	431	⁽⁴⁾
1994	503	⁽⁴⁾	427	561
1995	517	685	425	570
1996	493	683	417	568
1997	495	686	408	574
1998	496	686	407	569
1999	492	687	391	571
2000	503	691	391	568
2001	489	694	383	578
2002	484	697	378	584
2003	493	699	381	587
2004	491	711	375	583
2005	486	709	376	593
2006	483	711	368	598
2007	475	709	367	595
2008	466	702	388	603
2009*	458	699	⁽⁴⁾	642

* plus 6 licenciés en chimie agréés et habilités

Tableau 6

- (1) jusque 2003 : document Jo De Cock, administrateur général, Chambre des Représentants de Belgique, 09.11.2004; à partir de 2004 : rapports annuels de l'INAMI
 (2) selon les listes des accords médico-mutualistes et/ou de l'accréditation
 (3) selon les rapports annuels de l'INAMI et (1)
 (4) chiffre non trouvé

La nature de celui qui est à la tête des laboratoires de biologie clinique est restée quasi inchangée si on compare 2008 à 2010. Parmi les laboratoires disparus, on en retrouve proportionnellement plus qui étaient dirigés par des connexistes (- 4) que par des biologistes cliniques agréés (-5) (cf. tableau 7).

Laboratoire dirigé par ... en 2010 par rapport à 2008

	Flandre			Bruxelles			Wallonie			Belgique		
	HOP	A	TOT	HOP	A	TOT	HOP	A	TOT	HOP	A	TOT
Médecin biologiste	32 (+1)	7 (-2)	39 (-1)	8 (=)	2 (=)	10 (=)	19 (-2)	11 (=)	30 (2)	59 (-1)	20 (-2)	79 (-3)
Pharmacien biologiste	23 (-1)	21 (-1)	44 (-2)	1 (-1)	2 (=)	3 (-1)	17 (+1)	11 (=)	28 (+1)	41 (-1)	34 (-1)	75 (-2)
Licencié biologiste	1 (=)	0 (=)	1 (=)	0 (=)	1 (=)	1 (=)	0 (-1)	1 (=)	1 (-1)	1 (-1)	2 (=)	3 (-1)
Connexiste	1 (=)	7 (-2)	8 (-2)	0 (=)	0 (-2)	0 (-2)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	1 (=)	7 (-4)	8 (-4)
Médecin généraliste	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)	0 (=)
Total	57 (=)	35 (-5)	92 (-5)	9 (-1)	5 (-2)	14 (-3)	36 (-2)	23 (=)	59 (-2)	102 (-3)	63 (-7)	165 (-10)

HOP = laboratoire hospitalier agréé

A = autres laboratoires agréés

TOT = tous les laboratoires agréés

Source : ISP-WIV, Département Biologie clinique, 1050 Bruxelles; annuaires statistiques 2008 et 2010

Tableau 7

Concernant le nombre de prestataires biologistes cliniques par laboratoire agréé, nous remarquons que la baisse du nombre de laboratoires de 175 à 166 n'intervient pas dans la catégorie de laboratoires comptant trois biologistes cliniques (cf. tableau 8).

Nombre de laboratoires avec nombre de dispensateurs

	Flandre		Bruxelles		Wallonie		Belgique	
	2010	2008	2010	2008	2010	2008	2010	2008
= 1	7	9	0	1	0	0	7	10
= 2	12	13	0	1	10	9	22	23
= 3	25	25	3	3	11	11	39	39
> 3	48	50	12	12	38	41	98	103
Total	92	97	15	17	59	61	166	175

Source : ISP-WIV, Département Biologie clinique, 1050 Bruxelles; annuaires statistiques 2008 et 2010

Tableau 8

Malgré l'augmentation constante de l'activité de biologie clinique et de diagnostic de laboratoire, le chiffre des effectifs ne progresse pas en parallèle (cf. tableaux 9 et 10). Le chiffre total des effectifs (exprimés en ETP) employés par des biologistes cliniques dans des laboratoires agréés de biologie clinique est établi par l'ISP-WIV en 2010 à 8.635,43, soit 1,2 % (105 personnes) de moins qu'en 2008. C'est principalement la catégorie A2 qui est en recul, très certainement du fait de départs naturels de personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite. Cette catégorie de collaborateurs fonctionnait le plus généralement sur base de droits acquis.

**Personnel employé par des prestataires biologistes cliniques
dans des laboratoires de biologie clinique agréés**

	universitaires	A1	A2	autres	total
Flandre	68	3.022,9	384,3	628,98	4.104,18
Bruxelles	116	855,9	238	248,62	1.458,52
Wallonie	171	1.921,55	479,8	500,38	3.072,73
Belgique	355	5.800,35	1.102,10	1.377,98	8.635,43

Source : ISP-WIV, Département Biologie clinique; annuaire statistique 2010

Tableau 9

* Exprimé en équivalents temps plein.

**Evolution 2008/2010 personnel employé par des prestataires biologistes cliniques
dans des laboratoires de biologie clinique agréés (2008 = 100)**

	universitaires	A1	A2	autres	total
Flandre	98,6	98,9	99,0	101,3	99,3
Bruxelles	100,9	98,5	94,1	98,3	97,8
Wallonie	98,3	99,6	96,9	96,0	98,5
Belgique	99,2	99,1	96,9	98,8	98,8

Source : ISP-WIV, Département Biologie clinique, 1050 Bruxelles; annuaires statistiques 2008 et 2010

Tableau 10

Tableau 12 rapport annuel UPBMSBM du 23.02.2010, Dr M. MOENS.

3. La biologie clinique dans le Moniteur belge

3.1. Arrêté royal du 10.12.2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 13.01.2010)

Cet A.R. impose la présence d'au moins 0,8 équivalent temps plein médecin spécialiste en biologie clinique dans chaque laboratoire de biologie clinique pour être agréé. Ci-après un bref récapitulatif des événements.

En 1999, un arrêté ministériel a été publié³ stipulant que, à l'exception du laboratoire de biologie clinique, la fonction de chef de service d'un service médical devait être exercée par un médecin spécialiste. Notre Union professionnelle a introduit un recours en annulation contre cet arrêté. Par l'arrêt du 12 juillet 2007⁴, le Conseil d'Etat a supprimé les mots "à l'exception du laboratoire de biologie clinique", à la suite de quoi la fonction de chef de service du laboratoire de biologie clinique devait à nouveau être exercée par un médecin spécialiste en biologie clinique. Avec l'aide de Luc Goutry, député CD&V (à l'époque mais il n'a pas été réélu le 13.06.2010), les pharmaciens biologistes et l'ASGB⁵ ont immédiatement engagé une campagne de lobbying soutenue pour remodeler la situation en faveur des pharmaciens biologistes cliniques. En vertu de l'art. 2 de la loi du 10 décembre 2009⁶, pour l'application des articles 18 à 22 de la loi sur les hôpitaux, les pharmaciens biologistes cliniques sont assimilés au médecin hospitalier, de sorte qu'un pharmacien biologiste clinique peut également à nouveau exercer la fonction de chef de service d'un laboratoire de biologie clinique. Parallèlement, le soussigné a obtenu qu'au niveau du cabinet de la ministre L. Onkelinx, il

³ A.M. du 30.04.1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (M.B. du 29.05.1999)

⁴ Arrêt du Conseil d'Etat n° 173.407 du 12 juillet 2007

⁵ Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België. ASGB bericht 2010.023/Erkenning laboratoria klinische biologie.

⁶ Loi du 10 décembre 2009 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 31.12.2009)

soit inscrit dans l'arrêté relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique⁷ que chaque laboratoire de biologie clinique doit disposer d'au moins 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique pour pouvoir être agréé par l'ISP-WIV et ainsi pouvoir effectuer des prestations remboursables via l'INAMI.

Les gestionnaires d'hôpitaux n'apprécient pas du tout cela car ils paient généralement les pharmaciens biologistes cliniques moins que les médecins biologistes cliniques. Les pharmaciens biologistes sont pour la plupart de faux indépendants. Outre l'association professionnelle des pharmaciens biologistes cliniques⁸, Zorgnet Vlaanderen et consorts ont introduit un recours en annulation contre cet arrêté⁹. L'Union professionnelle des médecins spécialistes en biopathologie médicale du GBS a décidé d'intervenir volontairement dans cette procédure introduite par Zorgnet Vlaanderen et consorts afin d'empêcher l'annulation de la disposition. Ceci permet à notre Union professionnelle d'avoir une pleine connaissance du dossier introduit auprès du Conseil d'Etat. Les arguments invoqués par Zorgnet Vlaanderen ne peuvent que faire frémir n'importe quel médecin (biologiste clinique ou autre) bien-pensant. Zorgnet Vlaanderen dit explicitement dans sa conclusion que les honoraires forfaitaires octroyés en biologie clinique par prescription et par admission sont la propriété de l'hôpital et font partie du solde positif de l'hôpital. L'hôpital s'approprie donc la propriété des honoraires forfaitaires. C'est très certainement le souhait le plus cher de tout gestionnaire d'hôpital. Les honoraires forfaitaires, tout comme les honoraires à l'acte, sont légalement la propriété des biologistes cliniques. L'hôpital procède à des retenues sur ces honoraires en vue du financement des coûts engendrés notamment par le personnel travaillant dans le laboratoire. Zorgnet Vlaanderen tente par ce recours de faire acter le principe du droit de propriété de l'hôpital sur les honoraires forfaitaires des biologistes cliniques. Si les gestionnaires d'hôpitaux y parviennent, il faut s'attendre à ce que ce principe soit étendu à l'imagerie médicale et à toutes sortes d'autres disciplines ou prestations faisant l'objet de forfaits sous l'une ou l'autre forme.

Considérant l'intérêt général de cette procédure, le comité directeur du GBS a accepté de prendre à sa charge la moitié des frais d'avocat. L'autre moitié est supportée par notre union professionnelle. Il est à noter que, pour la première fois dans son histoire, le GBS intervient financièrement afin d'éviter l'annulation d'un arrêté. Comme quoi tout peut arriver dans la vie (cf. également point 3.11).

3.2. Arrêté royal du 15.01.2010 portant approbation du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique médical (CTM) (M.B. du 10.02.2010)

Le groupe de travail biologie clinique est cité officiellement dans le règlement d'ordre intérieur comme un des sept groupes de travail. Il figure au côté du groupe de travail interprétation de la nomenclature, du groupe de travail général dont la mission est de traiter les problématiques complexes qui intéressent plusieurs spécialités médicales à vocations différentes, du groupe de

⁷ A.R. du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 30.12.1999)

⁸ Avis publié dans le M.B. du 03.05.2010 (Ed. 2) : "L'ASBL Société belge des Pharmaciens spécialistes en Biologie clinique, le Laboratoire médical d'Investigation clinique, l'ASBL Klinik Sankt Joseph, Boudry Pascal et Vandenplas Fernand ont demandé l'annulation de l'arrêté royal du 10 décembre 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions."

⁹ Avis publié dans le M.B. du 20.04.2010 (Ed. 2) : "L'ASBL « Zorgnet Vlaanderen », l'ASBL « Algemeen Ziekenhuis Heilige Familie », l'ASBL « Sint-Jozefklinek (Bornem) », l'ASBL Sint-Jozefkliniek (Izegem) et l'ASBL « Algemeen Ziekenhuis Sint-Elisabeth Herentals », ayant tous élu domicile chez Me De Gendt, Tom, ayant son cabinet à 3000 Louvain, Sint-Geertruiabdij 8, bte 2, ont demandé le 15 mars 2010 l'annulation de l'arrêté royal du 10 décembre 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions."

travail imagerie médicale, du groupe de travail médecine générale, du groupe de travail de médecine interne et du groupe de travail de chirurgie.

3.3. Arrêté royal du 27.01.2010 modifiant l'arrêté royal du 26 avril 2007 exécutant l'article 3, par. 1er, 2°, de l'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de biologie clinique (M.B. du 04.02.2010, Ed. 1)

Cet A.R. du 26.04.2007 prévoyait une évaluation de laboratoires, autres que ceux exploités par des hôpitaux, universités ou autorités publiques, pour vérifier que les personnes morales qui ont été déclarées compétentes pour exploiter ces laboratoires de biologie clinique exercent une pratique de qualité qui évite tout acte entraînant des dépenses injustifiées par l'assurance obligatoire soins de santé ou par les patients¹⁰.

L'A.R. du 27.01.2010 prolonge simplement l'agrément de ces laboratoires de 2009 à 2012. Le Service des soins de santé a effectivement constaté que dans les laboratoires où des médecins généralistes peuvent être actionnaires (S.C.R.L.), de 2007 à 2008, tant le nombre de prestations (+ 13,7 %) que les dépenses (+ 15,5 %) ont augmenté beaucoup plus rapidement que dans d'autres laboratoires privés (resp. + 5,1 % pour le nombre de prestations et + 6,14 % pour les dépenses). Consulté à ce sujet en qualité de membre du Comité de l'assurance, j'ai recommandé le 14.12.2009 d'examiner de plus près ce phénomène d'ici la prochaine prolongation (2012) et en attendant d'accepter la prolongation de l'agrément. Ce qui a été le cas avec ce "mini"-A.R. du 27.01.2010 qui est incompréhensible pour les non-initiés. Pour les laboratoires extra-muros, cette évaluation par l'INAMI constitue un élément essentiel pour obtenir une prolongation de leur agrément en 2012. La mission d'évaluation prévue dans l'A.R. du 26.04.2007 n'est pas achevée à ce jour.¹¹

3.4. Avis prescrit par l'article 74 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 (M.B. du 29.01.2010; Ed. 3)

“Par arrêt n° 198.457 du 3 décembre 2009 en cause de l'ASBL « Société Belge des Pharmaciens Spécialistes en Biologie Clinique » et autres contre l'Etat belge, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 15 décembre 2009, le Conseil d'Etat a posé la question préjudicielle suivante : « L'article 13 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qui prévoit qu'il doit y avoir, dans chaque hôpital, un médecin-chef de service pour chacun des différents services du département médical - et donc également pour le laboratoire de biologie clinique - viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en ce que cette disposition implique que les pharmaciens en biologie clinique ne peuvent pas être chefs de service d'un laboratoire de biologie clinique, contrairement aux médecins spécialistes en biologie clinique ? ».

Cette affaire est inscrite sous le numéro 4833 du rôle de la Cour.”

La réponse à la question préjudicielle a été publiée au M.B. du 12.10.2010 (Ed. 1). La Cour constitutionnelle a statué le 8 juillet 2010 :

“- Interprété en ce sens que les pharmaciens en biologie clinique n'entrent pas en considération pour devenir chef de service du laboratoire de biologie clinique d'un hôpital, l'article 13 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, viole les articles 10 et 11 de la Constitution.

¹⁰ Note CSS 2009/486 du 08.12.2009

¹¹ Procès-verbal Comité soins de santé 14.12.2009, point 12.

- Interprétée en ce sens que les pharmaciens en biologie clinique entrent en considération pour devenir chef de service du laboratoire de biologie clinique d'un hôpital, cette disposition ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution."

Entre-temps, la loi sur les hôpitaux avait déjà été modifiée en faveur des pharmaciens biologistes cliniques (cf. point 3.1.)¹².

3.5. Loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé (M.B. du 02.04.2010; Ed. 1)

Cette loi définit (article 2, 3°) que les laboratoires de biologie clinique, visés par l'arrêté royal n° 143 du 30 décembre 1982 fixant les conditions auxquelles les laboratoires doivent répondre en vue de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé pour les prestations de biologie clinique, doivent être considérés comme une institution de soins de santé qui tombe sous l'application de cette nouvelle loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé et de ses arrêtés d'exécution.

L'incorporation de la biologie clinique dans cette loi souligne le fait que notre discipline est une activité médicale à part entière, avec des droits et des devoirs également en matière de responsabilité professionnelle. Des diagnostics de laboratoire erronés ont déjà plus d'une fois donné lieu à des procès retentissants, comme dans l'affaire Nicolas Perruche en France (Cour de cassation française, 17.11.2000), où un laboratoire (tout comme le médecin généraliste traitant) a été condamné à des dommages et intérêts en raison d'une sérologie de rubéole mal effectuée et mal interprétée ou, plus récemment, l'affaire Rukiyé, où, à la suite d'une erreur commise lors d'un test prénatal pour la détection de la maladie de Sanfilippo, maladie rare du métabolisme, une fille est née avec un handicap ayant conduit inévitablement au décès¹³. L'assureur du laboratoire jugé responsable a été contraint de payer à Nicolas Perruche, âgé (à l'époque) de 17 ans, d'une part, et à la petite Rukiyé décédée entre-temps, d'autre part, des dommages et intérêts au motif de leur "vie préjudiciable" (wrongful life), un terme fortement connoté éthiquement. Le paiement de dommages et intérêts à quelqu'un pour le simple fait qu'il/elle n'aurait pas souhaité naître à cause d'une maladie ou d'un handicap prévisible est ainsi survenu pour la première fois à la suite d'un problème dans notre discipline diagnostique. Le diagnostic prénatal plus particulièrement, également en imagerie échographique, fait l'objet de toutes les attentions.

3.6. Loi du 19.05.2010 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 02.06.2010; Ed. 2)

L'article 29 de cette loi remplace le texte de l'article 45quinquies, § 2, 3°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé par la disposition suivante :

"3° a) les données des laboratoires d'anatomie pathologique et de biologie clinique/hématologie. Les médecins de chaque laboratoire d'anatomopathologie, de biologie clinique ou d'hématologie doivent enregistrer les résultats des examens confirmant un diagnostic de cancer et les résultats dans le cadre de diagnostic précoce de cancer.

¹² Article 2 de la loi du 10.12.2009 portant des dispositions diverses en matière de santé (M.B. du 31.12.2009)

¹³ "UZ Brussel: onzuivere prenatale test" et "Veroordeling UZ Brussel zet gezondheidszorg op de helling". Artsenkrant 14.12.2010.

Pour l'enregistrement, ils utilisent les classifications d'anatomopathologie ou d'hématologie, approuvées par le Collège d'oncologie en concertation avec le « Consilium Pathologicum Belgicum », l'Association belge d'hématologie et l'Association belge de biologie clinique.

Ils transmettent les données enregistrées, accompagnées du numéro d'identification ainsi que le rapport et ses conclusions directement à la Fondation".

L'origine de cette législation a trait à la communication de données personnelles codées par la Fondation Registre du cancer à l'Institut scientifique de santé publique (ISP-WIV) et au projet NuCa-Bel visant à réaliser une étude épidémiologique au niveau national destinée à évaluer les risques éventuels pour la santé dans la population à proximité des centrales nucléaires ou de toute autre installation où des fuites radioactives sont possibles.

3.7. Arrêté ministériel du 29.04.2010 portant nomination d'un membre de la commission d'agrément de médecins spécialistes en biologie clinique (M.B. du 15.06.2010; Ed. 1)

Le Prof. Dr Alain Verstraete, membre de notre comité directeur, est nommé membre de la Chambre néerlandophone de la commission d'agrément de médecins spécialistes en biologie clinique, sur la proposition de l'« Universiteit Gent », en remplacement du Dr Plum, Jean.

3.8. Arrêté royal du 26.08.2010 modifiant les articles 3, par. 1^{er}, C, I, 18, par. 2, B, 24, par. 1^{er}, et 26, par. 8, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 13.09.2010; Ed.1).

Dans le cadre du rapport annuel de 2009, nous nous étions intéressés longuement à la "Task Force Perl"¹⁴ qui, à la demande du gouvernement, avait imposé à l'automne 2009 une économie de 50 millions d'euros à la biologie clinique (et tout autant à l'imagerie médicale). Il avait alors été décidé que sur ce total, une économie de 35,1 millions d'euros serait réalisée sur base annuelle par des interventions directes dans la nomenclature. Sous le coup de l'A.R. du 26.08.2010, c'est réalisé à partir du premier jour du mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge, en d'autres termes à partir du 01.10.2010. La réalisation des 14,9 millions d'économies restantes par une prescription plus adéquate des prestations de biologie clinique se fait toujours attendre. Un groupe de travail ad hoc de la Commission nationale médico-mutualiste a lancé, à l'occasion de trois réunions, une série de pistes de réflexion principalement axées sur le dépistage et le suivi de pathologies fréquentes et qui déboucheront sur une brochure d'information à destination des médecins (généralistes) prescripteurs. Le matériel d'étude que l'INAMI puise de son échantillon permanent¹⁵ de 40.000 Belges montre que les prescriptions de biologie clinique ne sont effectivement souvent pas adéquates, et ce tant dans le sens de "trop" que de "trop peu". On est dès lors en droit de se demander si l'amélioration du comportement de prescription débouchera avec certitude sur une réduction des dépenses.

¹⁴ Le Médecin Spécialiste, n° spécial, mars 2010. Projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire de l'UPBMSBM du 23.02.2010; point 3.4.5.

¹⁵ Echantillon représentatif, anonyme, de la population belge composé des données disponibles auprès des mutuelles dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Il s'agit aussi bien de données de population que de données de facturation soins de santé et de données (de médicaments) Pharmanet.

3.9. Arrêté royal du 22.10.2010 modifiant les articles 18, par. 2, B, e), 19, par. 5quinquies, et 24, par. 1er, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 09.12.2010)

Cet A.R. modifie en profondeur la prescription du PSA. L'A.R. est entré en vigueur le 01.02.2011. Les discussions sur l'utilité de l'utilisation et du remboursement du PSA étaient déjà en cours quand j'ai débuté ma carrière professionnelle. La publication du rapport du KCE sur le dépistage du cancer de la prostate¹⁶ en 2006 a finalement conduit à une nomenclature avec trois codes devant permettre une scission plus claire entre dépistage et suivi. Sur le plan administratif, les choses ne sont pas plus simples. Une alternative évoquée tant au cours des débats au niveau du conseil d'administration à propos du projet de rapport du KCE en 2006 que durant les discussions au niveau du conseil technique médical de l'INAMI en 2009 proposait de tout simplement supprimer le remboursement pour le dépistage. Nous n'en sommes (provisoirement?) pas encore arrivés là. Cette mesure devrait permettre de réaliser une économie de 2,0 millions d'euros, dans le cadre de l'économie totale de 35,1 millions d'euros prévue par le biais de la nomenclature.

Pour la limitation "au maximum 1 fois tous les 2 ans" et "au maximum 1 fois par an" dans les règles diagnostiques 96 et 97, le libellé général figurant au §11 de l'article 1 de la nomenclature des prestations de santé : "*Sauf indication contraire, dans cette nomenclature, pour les prestations qui peuvent être attestées par un médecin, l'expression «par an» signifie une période de douze mois, de date à date*" est d'application. "Tous les 2 ans" correspond à 24 mois, de date à date. L'INAMI prépare actuellement une circulaire avec des explications, comme l'administration l'avait fait lors de la modification de la nomenclature concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus quand le remboursement est passé d'une fois par an à une fois tous les deux ans (calendrier dans ce cas-ci).

3.10. Arrêté royal du 22.10.2010 modifiant l'article 24, par. 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 22.11.2010; Ed. 1)

Cet A.R. a mis fin aux discussions que certaines mutuelles menaient depuis des années pour savoir quels services d'un hôpital général peuvent prétendre aux honoraires forfaitaires par admission. L'A.R. précise également que le code 591603 est utilisé par les biologistes cliniques accrédités pour l'attestation des honoraires forfaitaires de base par admission et que ce code n'est pas cumulable avec le code de base correspondant 591102 qui doit être attesté par les biologistes cliniques non accrédités par admission. Certaines mutuelles faisaient également des difficultés à ce niveau et d'aucuns parlaient de possibilités d'abus.

3.11. Arrêté royal du 15.11.2010 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 03.12.2010; Ed. 1)

Comme indiqué au point 3.1., l'A.R. du 10.12.2009 imposait à chaque laboratoire de biologie clinique, pour être agréé, de disposer d'au moins 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique. Cet A.R. aurait normalement dû entrer en vigueur le 13.01.2011. La Commission de biologie clinique a

¹⁶ L'antigène prostatique spécifique (PSA) dans le dépistage du cancer de la prostate. KCE reports 31B (15/05/2006).

constaté le 24.02.2010 que 36 des 166 laboratoires belges agréés (14 laboratoires hospitaliers et 22 laboratoires extra-muros) ne disposent pas d'un médecin spécialiste en biologie clinique dans son staff. Dès lors, la Commission a proposé à la ministre compétente, Mme Laurette Onkelinx, de postposer de deux ans la date d'entrée en vigueur. La phrase à l'article 2 *"Le présent arrêté entre en vigueur un an après sa publication au Moniteur belge"* de l'A.R. initial du 10.12.2009 publié au M.B. du 13.01.2010 a été remplacée par la phrase *"Le présent arrêté entre en vigueur trois ans après sa publication au Moniteur belge"*. Autrement dit, l'A.R. entrera en vigueur le 13.01.2013.

3.12. Accord national médico-mutualiste 2011 du 13.12.2010 (M.B. du 17.01.2011)

Le point 4.7.3. de l'accord fixe l'enveloppe de la biologie clinique pour 2011 à 1.190,973 millions d'euros. Ce montant prend en considération le fait que, conformément au point 4.4.3. de ce même accord, l'indexation de 1,40 % des prestations de biologie clinique et de toutes les autres prestations médico-techniques ne sera accordée qu'à partir du 1^{er} mai 2011, *"à la condition que la Commission nationale médico-mutualiste constate, au plus tard le 30 avril 2011, que les propositions de modification de nomenclature des prestations de santé relatives aux projets 11/11 à 11/17 ont été transmises au Comité de l'assurance des soins de santé, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ou qu'elles soient élaborées de manière suffisante pour être transmises au Comité de l'assurance des soins de santé au plus tard le 30 juin 2011."* En d'autres termes, il n'y aura une indexation à partir du 01.05.2011 que si toutes les mesures d'économies énumérées ("projets") ont été transformées en textes concrets au plus tard le 30.04.2011. Concernant la radiologie, il n'y aura une indexation à partir du 01.07.2011 que si, en plus, la tendance à la baisse des dépenses se poursuit.

les mesures d'économies en échographie et en coronarographie ont été mises noir sur blanc.

Ce budget a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI le 14.02.2011 et par le Comité de l'assurance le 21.02.2011.

3.13. Arrêté royal du 23.12.2010 fixant les conditions selon lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être octroyée aux dispensateurs de soins qui développent des projets relatifs à la dispensation coordonnée de soins en Belgique, in casu le diagnostic et le traitement de la tuberculose (M.B. du 28.12.2010; Ed. 2)

Cet A.R. pose notamment comme condition pour pouvoir conclure une convention avec le Comité de l'assurance en matière de dispensation coordonnée de soins pour la tuberculose que l'association de dispensateurs de soins doit s'engager à dispenser les prestations nécessaires d'examen médical, d'imagerie médicale, de biologie clinique et de tuberculostatiques en vue du traitement de patients tuberculeux non traités ou traités de manière inefficace - qu'ils soient atteints ou non de tuberculose multi-résistante (article 2 § 1, 4°). Si d'autres dispensateurs de soins dispensent ces soins, in casu les prestations de biologie clinique, les dispensateurs de soins coordonnés bénéficiant d'une intervention forfaitaire doivent en assurer le financement (article 2 § 1, 5°).

3.14. A.R. du 22.12.2010 portant nomination de membres de la Commission de profils des prestations des médecins spécialistes en biologie clinique, médecine nucléaire ou anatomopathologie, des pharmaciens-biologistes et des licenciés en sciences agrées par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions pour effectuer des prestations de biologie clinique, instituée auprès du Service des soins de santé (M.B. du 25.01.2011)

Un rapport annuel ne se conçoit pas sans une note joyeuse. Je ne suis pas peu fier de pouvoir vous annoncer que j'ai été nommé pour la quatrième fois à la commission susvisée (1993 - 1999 – 2005 – 2011). Je commence à douter que la première réunion de cette commission de profils soit encore convoquée avant mon départ à la retraite en 2015. Le Dr Salim Jarjoura, membre du comité directeur, nourrit certainement la même inquiétude en qualité de membre effectif de cette commission de profils. Pour les membres suppléants, les Drs Georges Mascart et Jacques Smekens, le désespoir est certainement plus supportable.

4. Aspects budgétaires

Dans la figure 1, le Dr Alain Derom donne le remboursement par B presté depuis 1996 et, dans la figure 2, les revenus par B et la part des prestations dans la totalité des revenus depuis 1995.

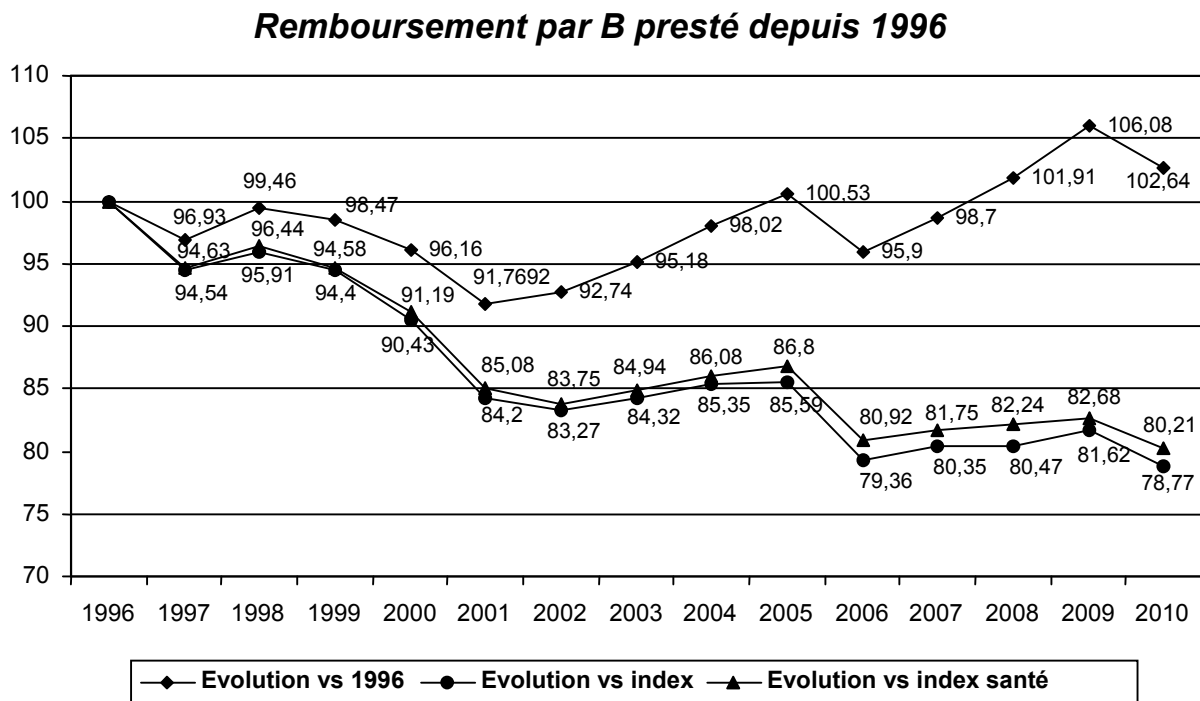


Figure 1

Revenus/B et part prestation dans revenus

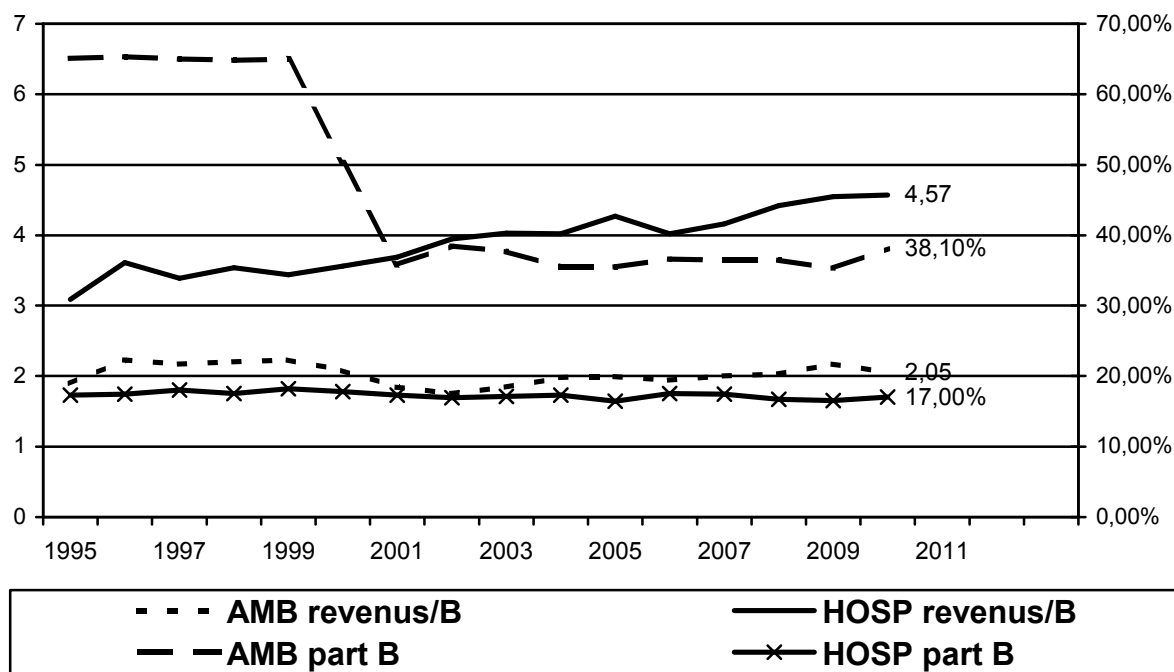


Figure 2

Nous pouvons affirmer d'une manière générale que le principe de "rémunération au travail effectué" est rarement d'application dans le secteur médical, surtout au niveau des prestations de biologie clinique puisque celles-ci sont rémunérées de plus en plus au forfait depuis 1988. Il n'y a que pour les prestations des articles 24bis et 33bis que les honoraires sont couplés à 100% à la prestation. Pour les prestations des articles 3, 18 et 24, la forfaitarisation est à hauteur de 75%, de sorte que les honoraires effectivement payés par prestation présentent un effet yoyo depuis quelque 23 ans, en raison du système de l'enveloppe fermée.

Une étude réalisée à partir des chiffres de l'INAMI (les trois premiers trimestres de 2010 avec une extrapolation à l'ensemble de l'année 2010) pour les dépenses de biologie clinique, hormis les prestations des articles 24bis et 33bis, nous apprend ce qui suit.

Bien que le nombre de prestations ait augmenté de 1,42% en 2010 par rapport à 2009, les honoraires ont baissé de 1,25%. Le nombre de B prestés a également progressé en 2010 de 1,86% par rapport à 2009. En 2010, il a été porté en compte 0,59% de plus d'honoraires forfaitaires ambulatoires qu'en 2009 et 0,29% de plus d'honoraires forfaitaires pour les patients hospitalisés.

Dans le budget ambulatoire, on a comptabilisé 29.341,6 millions de B prestés. Dans le budget hospitalisé 12.553,1 millions de B. Sans les honoraires forfaitaires correspondants, ces prestations ont coûté à l'INAMI respectivement 228,93 et 97,40 millions d'euros. Si nous examinons les chiffres en y incluant les honoraires forfaitaires respectifs, ces prestations ont coûté à l'INAMI respectivement 601,56 et 573,43 millions d'euros.

On peut en déduire que le coût pour l'INAMI pour 100 B prestés est égal à 2,05 euros pour des prestations effectuées pour des patients ambulatoires et à 4,57 euros quand il s'agit de biologie

clinique pour des patients hospitalisés. La moyenne globale est égale à 2,80 euros. La part des dépenses directement liées aux prestations se monte à 38,05% dans le budget ambulatoire et à 16,99% dans le budget des hospitalisés. Globalement, la part de remboursement (par l'INAMI) liée à la prestation se monte à 27,77%. La part du ticket modérateur n'est pas comptabilisée dans ce calcul. Si nous comparons les honoraires par B presté avec la situation de 1995 (=100%), nous nous retrouvons 15 ans plus tard à 102,64%. En tenant compte de l'inflation, ce chiffre doit être rectifié en 80,21% ou 78,77% selon que le calcul s'appuie sur l'index santé ou sur l'index classique. La perte de pouvoir d'achat que nous avons également évoquée dans le cadre de notre précédent rapport annuel¹⁷ (79,68 % avec l'index santé et 77,96 % avec l'index ordinaire) continue par conséquent de fluctuer autour de 20%.

Le tableau 11 montre que, malgré les économies importantes pas encore totalement réalisées résultant de la décision gouvernementale de 2009 de réaliser 50 millions d'euros d'économie via la Task Force, le budget de la biologie clinique en 2011 (1.190,973 millions d'euros) peut être augmenté de 6,32 % par rapport à l'annus horribilis de l'économie 2010 (1.120,23 millions d'euros). Le budget 2011 n'est que de 0,29 % supérieur au budget 2009 (1.187,478 millions d'euros). Il convient de remarquer en outre que des mesures seront très certainement prises en 2011 pour récupérer le dépassement de 40 à 60 millions d'euros en 2010. Le système des différences algébriques est aboli depuis le 01.01.2010 mais l'incorporation du dépassement en 2009 se fera sentir jusqu'en 2012 La question de ce qui viendra en lieu et place pour garder sous contrôle l'enveloppe fermée et si nécessaire apporter des corrections n'a pas encore été discutée. Bien que le gouvernement soit actuellement en affaires courantes, des mesures conséquentes ont malgré tout été prises. La norme de croissance légale réelle de 4,5 % pour le secteur des soins de santé¹⁸ a été théoriquement respectée avec une fixation du budget global pour 2011 à 25.869,336 millions d'euros. De ce total, le gouvernement a décidé de mettre 1.093 millions d'euros à disposition de la gestion globale de la sécurité sociale¹⁹, en d'autres termes de les affecter aux indemnités de chômage, aux pensions et aussi à une provision de stabilité, au nouveau Fonds des accidents médicaux, etc. et non aux soins de santé stricto sensu (pour les détails voir site de l'INAMI²⁰).

Objectif budgétaire INAMI 2009-2010 (en millions d'euros)

	2009	2010	2011
Honoraires médicaux	6.795,732	6.867,386 (+1,05 %)	7.113,974 (+3,59 %)
Biologie clinique	1.187,478	1.120,230 (-5,66 %)	1.190,973 (+6,32 %)
Dépenses totales	23.084,470	24.249,470 (+5,05 %)	24.658,222* (+1,69 %)

Source : Note INAMI CSS 2009/390 du 13.10.2009

Tableau 11

* Le reste de la norme de croissance légale de 4,5 % est affecté entre autres à une contribution à l'équilibre de la sécurité sociale, à une provision de stabilité et au fonds des accidents médicaux.

Budget total final 2011: 25.869,336.

Le tableau 12 montre l'évolution des dépenses de biologie clinique de 1990 à 2010 avec une ventilation selon les prestations effectuées pour les patients ambulatoires et les patients hospitalisés.

¹⁷ Le Médecin Spécialiste. N° spécial mars 2010. Rapport du secrétaire le Dr Marc Moens, point 3.4.3., p. 31.

¹⁸ Article 40 §1, troisième alinéa de la loi S.S.I. du 14.07.1994

¹⁹ Article 40 §1, sixième alinéa de la loi S.S.I. du 14.07.1994, inséré par l'article 106 de la loi du 29.12.2010 portant des dispositions diverses (M.B. du 31.12.2010; éd.3).

²⁰ Cf. <http://www.riziv.be/information/nl/accounting/budgets/press/budget2011/press2010101801.htm>

Pour l'année 2010, les montants indiqués sont aussi bien ceux de l'objectif budgétaire (°) (total 1.120,23 millions d'euros, dont 571,15 millions d'euros pour le secteur ambulatoire et 549,08 millions d'euros pour le secteur hospitalisé), que ceux des dépenses estimées (Δ), sur base d'une extrapolation des trois premiers trimestres de 2010 (total 1.183,44 millions d'euros, dont 607,81 millions d'euros pour le secteur ambulatoire et 575,63 millions d'euros pour le secteur hospitalisé).

Evolution des dépenses en biologie clinique

Année	AMBULATOIRE		HOSPITALISE		Total (= 100 %)
	Absolu (mill. d'euros)	% total	Absolu (mill. d'euros)	% total	
1990	387,60	56,9	294,08	43,1	681,68
1991	428,02	58,5	303,60	41,5	731,62
1992	442,53	59,2	304,59	40,8	747,12
1993	318,90	51,2	304,00	48,8	622,90
1994	304,02	50,8	294,82	49,3	598,84
1995	304,61	51,2	290,27	48,8	594,88
1996	334,89	50,3	330,81	49,7	665,70
1997	323,09	51,8	300,04	48,2	623,13
1998	360,40	52,3	328,10	47,7	688,50
1999	384,30	54,3	322,74	45,7	707,03
2000	399,62	54,3	336,63	45,7	736,25
2001	414,42	52,8	370,92	47,2	785,34
2002	338,87	44,6	421,01	55,4	759,88
2003	377,57	46,3	438,38	53,7	815,95
2004	435,82	48,7	458,31	51,3	894,13
2005	452,71	48,2	486,87	51,8	939,58
2006	456,12	49,8	459,09	50,2	915,21
2007	491,11	50,3	485,63	49,7	976,74
2008*	540,19	50,2	536,25	49,8	1.076,44
2009*	623,03	52,0	575,34	48,0	1.198,37
2010	571,15°	51,0°	549,08°	49,0°	1.120,23°
	607,81Δ	51,4Δ	575,63Δ	48,6Δ	1.183,44Δ
2011°°	593,89	49,9	597,08	50,1	1.190,97

Source : INAMI et rapports annuels UPBMSBM Dr M. MOENS

Tableau 12

* Rapport standardisé INAMI concernant les dépenses comptabilisées de l'année 2009

° Objectif budgétaire 2010 (et Δ dépenses extrapolées de 2010 T3)

°° Objectif budgétaire 2011

En extrapolant à partir des trois premiers trimestres 2010, le dépassement de l'objectif budgétaire en 2010 peut être estimé à un total de 63,21 millions d'euros (dont 36,66 millions d'euros en ambulatoire et 26,55 millions d'euros pour les patients hospitalisés).

Le 14.02.2011, le Conseil général de l'INAMI a fixé le budget global des moyens financiers pour la biologie clinique pour 2011 à 1.190,973 millions d'euros, dont 593,890 millions d'euros pour le budget ambulatoire et 597,083 millions d'euros pour le budget des patients hospitalisés²¹.

Le tableau 13 enfin donne la situation la plus récente connue au moment de la tenue de notre assemblée générale. Si nous appliquons la règle de trois après 10 mois de traitement de la facturation 2010, nous arrivons à une dépense totale hypothétique de 1.163,339 millions d'euros (soit un dépassement du budget total 2010 de 43,109 millions d'euros) dont 601,267 millions d'euros

²¹ INAMI Note CGSS 2011/10 du 08.02.2011

pour les patients ambulatoires (soit un dépassement du budget ambulatoire de 30,117 millions d'euros) et 562,072 millions d'euros pour les patients hospitalisés (soit un dépassement du budget pour les hospitalisés de 12,992 millions d'euros).

Confrontation enveloppes "biologie clinique" avec les réalisations

.000 €	01/2010	02/2010	03/2010	04/2010	05/2010	06/2010	07/2010	08/2010	09/2010	10/2010	11/2010	12/2010
AMBULATOIRE												
Réalisation 2010	46.939	90.394	150.318	202.589	254.781	304.674	360.010	404.089	450.995	501.056		
HOSPITALISE												
Réalisation 2010	46.849	97.005	154.590	205.711	253.928	298.345	347.201	388.647	427.117	468.393		
TOTAL												
Enveloppe 2010												1.120,233
Réalisation 2010	93.788	187.399	304.908	408.300	508.709	603.019	707.211	792.736	878.112	946.449		
Part réalisation/ env. 2010	8,37 %	16,73 %	27,22 %	36,45 %	45,41 %	53,83 %	63,13 %	70,77 %	78,39 %	86,54 %		

Source : Note INAMI CSS 2011/40 du 15.02.2011

Avec 969,449 millions d'euros x 12/10 = 1.163,339 millions d'euros, dépassement budgétaire de 43,106 millions d'euros en 2010

Tableau 13

On s'attend à ce qu'à la fin mai 2011, le dépassement budgétaire pour l'année 2010 se situe entre 43,109 millions d'euros et 63,21 millions d'euros (soit une moyenne de 53,16 millions d'euros). Dans une telle hypothèse, le résultat implique qu'au dépassement de 50 millions d'euros à la suite de la non-réalisation des économies décidées par le gouvernement en 2009 mais qui n'ont pas pu être converties en mesures d'économies concrètes portant des effets en 2010 à cause de la lenteur du système, viendra probablement s'ajouter un autre dépassement de 3,16 millions d'euros.

5. Suivi

5.1. Honoraires de disponibilité

Dans notre rapport de l'année dernière²², nous signalions que le Conseil d'Etat a annulé l'article 3 de l'A.R. du 29.04.2008²³ par son arrêt n° 198.983 du 16.12.2009. Cela a pour effet que tous les médecins qui sont disponibles pendant le week-end et se sont effectivement déplacés à l'hôpital en cas d'appel urgent – également les biologistes cliniques – ont en principe droit à ces honoraires de disponibilité. Pour cela, il a fallu réécrire l'A.R. du 29.04.2008. La publication de cet A.R. remanié s'est fait attendre un certain temps, notamment en raison de la situation politique d'un gouvernement en

²² Le Médecin Spécialiste. N° spécial mars 2010. Rapport du secrétaire le Dr Marc Moens, point 3.5.2., pp. 35-36

²³ Arrêté royal du 29.04.2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital (M.B. du 22.05.2008; éd. 2).

affaires courantes. L'arrêté de modification tant attendu a finalement été publié dans le Moniteur belge du 11 février 2011²⁴ avec effet rétroactif à partir du 01.10.2009.

Etant donné qu'aucune rallonge budgétaire n'a été allouée à ces honoraires de disponibilité ni en 2010 ni certainement pas en 2011 qui est une année d'économies, le montant par médecin bénéficiaire baissera de manière significative. La "chère se fait plus maigre" car chaque hôpital peut prétendre au maximum à onze honoraires de disponibilité (cf. tableau 14 avec les montants depuis 2008) par week-end ou par jour férié légal alors qu'en réalité, il y a peut-être le double voire le triple de médecins disponibles. Le médecin-chef doit veiller à ce que l'intégralité de ces honoraires soit versée aux médecins participants. Il revient aux conseils médicaux des hôpitaux d'assurer une correcte répartition de ce montant très modeste – proportionnellement au nombre de participants.

	2008	2009	2010	2011
Week-end	312,50 €	326,00 €	329,03 €	333,64 €
Jour férié légal qui ne coïncide pas avec un week-end	187,50 €	195,60 €	197,42 €	200,18 €
Jour férié légal qui se situe un vendredi ou un lundi	125,00 €	130,40 €	131,61 €	133,45 €

Tableau 14

Du fait de l'ouverture de ces honoraires de disponibilité à l'ensemble des médecins spécialistes visés à l'article 1 de l'A.R. du 25 novembre 1991²⁵ sans qu'il ne soit alloué de rallonge budgétaire, le montant par médecin spécialiste participant est nettement inférieur aux honoraires de disponibilité prévus pour le médecin généraliste. A l'origine, ces honoraires étaient identiques. L'ABSyM s'efforcera d'obtenir des moyens supplémentaires au niveau de la Commission nationale médico-mutualiste pour 2012 afin de rétablir l'équilibre perturbé entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Les médecins-chefs ont jusqu'au 31.03.2011 pour transmettre à l'INAMI les listes des spécialistes disponibles pour les 5 trimestres précédents. L'INAMI garantit le versement des honoraires de disponibilité pour le 30.04.2011.

5.2. Enquête sur les revenus réalisée par Zorgnet Vlaanderen

Dans le cadre de la "Task Force Perl" qui, en 2009, s'est efforcée de trouver des économies en radiologie et en biologie clinique, Peter Degadt, administrateur délégué de Zorgnet Vlaanderen, a organisé, le 01.04.2009, une enquête sur les revenus des radiologues et des biologistes cliniques.

²⁴ A.R. du 3 février 2011 modifiant l'arrêté royal du 29 avril 2008 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés dans un hôpital (M.B. du 11.02.2011)

²⁵ Médecin spécialiste en anesthésie-réanimation; biologie clinique; cardiologie; chirurgie; neurochirurgie; chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; dermato-vénérologie; gastro-entérologie; gériatrie; gynécologie-obstétrique; médecine interne; médecine légale; neurologie; psychiatrie; neuropsychiatrie; ophtalmologie; chirurgie orthopédique; oto-rhino-laryngologie; pédiatrie; médecine physique et en réadaptation; pneumologie; radiodiagnostic; radiothérapie-oncologie; rhumatologie; stomatologie; urologie; anatomie pathologique; médecine nucléaire; médecine du travail. gestion de données de santé; médecine d'urgence médecine aiguë; oncologie médicale; médecine d'assurance et expertise médicale. Les pharmaciens biologistes cliniques ne sont pas repris et n'ont dès lors, sur le plan juridique, pas droit à ces honoraires de disponibilité.

Notre union professionnelle et l'ABSyM ont décidé d'introduire une plainte auprès de la Commission de la protection de la vie privée (CPVP) pour violation de la vie privée. Etant donné que les plaignants doivent pouvoir prouver un intérêt direct à la CPVP, la plainte a été introduite par le Dr Marc Moens en qualité de biologiste clinique (et à l'époque vice-président de l'ABSyM) et par le Dr Rudi Van Driessche, radiologue (et président de l'Afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant van het VAS). Cela a eu lieu le 17.05.2009. Le 01.09.2009, ils ont tous deux exposé le dossier devant la CPVP, accompagnés par Jos Van den Nieuwenhof, directeur du GBS, et Martine Bogaert, juriste auprès du VAS.

Au terme d'une procédure complexe et surtout laborieuse, la CPVP a finalement déclaré la plainte recevable le 01.07.2010 et a organisé une confrontation entre les deux parties au cours d'une audition le 22.09.2010. L'ABSyM et le GBS étaient représentés par le Dr Marc Moens, le Dr Rudi Van Driessche, Jos van den Nieuwenhof et Martine Bogaert. Zorgnet Vlaanderen était représenté par Peter Degadt, administrateur délégué, le Dr Daniël Devos, coordinateur du secteur des hôpitaux généraux, Miek Peeters, collaboratrice aux affaires juridiques, Frederik Coussée, collaborateur aux affaires économiques, et Maître Véronique Pede, avocate auprès du bureau Eubelius. Le mémoire détaillé de l'avocate Véronique Pede, comptabilisant 19 pages et accompagné de 21 annexes, pour un total de 123 pages, a été consigné par Maître Koen Geens, senior partner auprès d'Eubelius et ancien chef de cabinet aux affaires économiques du ministre-président flamand Kris Peeters. Il était clair que Zorgnet Vlaanderen n'avait pas économisé ses efforts pour tenter d'obtenir gain de cause. La "fine fleur" du CD&V était présente car Daniël Devos est également conseiller pour la santé publique et l'assurance-maladie au cabinet du ministre fédéral des Affaires étrangères Steven Vanackere et Miek Peeters est conseillère appui juridique au cabinet de Jo Vandeurzen, ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille.

Au terme ensuite d'un échange de lettres recommandées et de courriers ordinaires, les Drs Moens et Van Driessche ont décidé, le 10.12.2010, de refuser de tenter de trouver un arrangement à l'amiable.

La CPVP s'est finalement prononcée le 09.02.2011²⁶. Cet avis a été transmis aux deux parties le 15.02.2011 et est constitué de trois éléments. Premièrement, la Commission estime que Zorgnet ne traite pas en principe de données personnelles dans le cadre de l'enquête litigieuse et que, par conséquent, ce traitement ne tombe pas sous l'application de la loi relative au traitement de données à caractère personnel²⁷. Deuxièmement, la Commission demande instamment que, si Zorgnet Vlaanderen est un jour confronté à des données de revenus de médecins individuels, les obligations prévues dans la loi relative au traitement de données à caractère personnel s'appliquent immédiatement. Troisièmement, Zorgnet Vlaanderen est également prié de faire un rapport à la Commission au plus tard en février 2012.

Zorgnet Vlaanderen envoie, le 22.02.2011, un communiqué de presse triomphaliste à quiconque veut l'entendre. Dans l'édition du 23.02.2011 du journal De Standaard, on peut lire : "*Omzet van rijke artsen is geen geheim meer. "... " Reusachtige rel is beslecht... de artsen krijgen ongelijk*" (nous traduisons : "*Le chiffre d'affaires des médecins riches n'est plus un secret*" ... "*Un litige considérable est tranché... les médecins n'obtiennent pas gain de cause*"). Le journaliste favorable à Zorgnet Vlaanderen Guy Tegenbos mentionne uniquement le premier élément de l'avis de la CPVP. Les deux

²⁶ Avis n° 05/2011 du 09.02.2011 de la Commission de la protection de la vie privée

²⁷ Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel (M.B. du 18 mars 1993)

autres éléments qui sont relativement restrictifs pour Zorgnet Vlaanderen sont "oubliés" dans son article. Quand je lui fais remarquer qu'il n'a pas été complet, Tegenbos complète sommairement son article du 23.02.2011 (raccourci selon lui en raison d'un manque de place) le lendemain sur « De Standaard on line »²⁸. Dans Artsenkrant, le rédacteur en chef Peter Backx a qualifié l'avis de la CPVP de jugement de Salomon sous le titre: "*Zorgnet moet privacy respecteren*"²⁹. Ou comment un même communiqué de presse peut donner lieu à des articles diamétralement opposés.

Il est clair que les médecins hospitaliers doivent rester sur leurs gardes. En effet, Zorgnet Vlaanderen n'est pas seul à vouloir récolter des informations sur les honoraires médicaux. Le groupe d'hôpitaux francophone Santhéa a également transmis à ses membres, en avril 2009, l'enquête de Zorgnet Vlaanderen à la demande de ce dernier.

Depuis lors a été créée, le 01.06.2010, Icuro, la nouvelle coupole des hôpitaux flamands publics. ICURO est issue de la Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV - Nederlandstalige Kamer) et Santhéa est le pendant pour les hôpitaux francophones. Icuro a conclu dès le départ un accord de collaboration avec Zorgnet Vlaanderen³⁰. La collaboration entre les coupoles d'hôpitaux ne fait que renforcer l'importance de la défense professionnelle au sein de l'hôpital.

5.3. Fonction de chef de service et agrément de laboratoire

Nous avons exposé cette problématique en détail dans le cadre de notre rapport annuel de l'année dernière³¹. A la suite de l'article 2 de la loi du 10.12.2009 portant des dispositions diverses³², le pharmacien biologiste clinique (habilité à effectuer des prestations de biologie clinique³³) peut, à compter du 10.01.2010, à nouveau être chef de service d'un laboratoire hospitalier. Comme contrepartie politique, nous avons obtenu qu'une exigence réclamée depuis des années par les médecins biologistes cliniques soit satisfaite, à savoir que chaque laboratoire de biologie clinique doit disposer d'au moins un médecin biologiste clinique pour pouvoir être agréé par le SPF Santé publique et par l'INAMI.

Plusieurs recours en annulation ont été introduits contre l'A.R. du 10.12.2009 (M.B. du 13.01.2010) (cf. point 3.1.), mais pas contre l'arrêté de modification du 15.11.2010³⁴ (cf. point 3.11). Ces recours portent atteinte à ce qui nous apparaît comme un "fair deal". Même si nous avons jusqu'au 30.06.2010 pour introduire un recours en annulation devant la Cour constitutionnelle contre l'article 2 de la loi du 10.12.2009 portant des dispositions diverses, pour tenter une nouvelle fois de contester la fonction de chef de service des pharmaciens biologistes cliniques dans les laboratoires hospitaliers, et même si nous l'avions annoncé lors de notre précédente assemblée générale, le comité directeur ne l'a quand même pas fait. Ce carrousel juridique générateur de frais doit un jour cesser. Nous tenons à l'œil activement et, au besoin, nous intervenons juridiquement dans le

²⁸ "Artsen blijven bang voor privacy". De Standaard on line, 24.02.2011.

²⁹ "Zorgnet moet privacy respecteren". Artsenkrant n° 2142, 25.02.2011.

³⁰ <http://www.hospitals.be/pdf/vol8n4p7.pdf>

³¹ Le Médecin Spécialiste. N° spécial mars 2010. Rapport du secrétaire le Dr Marc Moens, point 3.4.3., pp. 36-38.

³² Loi du 10.12.2009 portant des dispositions diverses (M.B. du 31.12.2009).

³³ Conformément à l'article 5 § 2 de l'A.R. n° 78 du 10.11.1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, "*le Roi peut, conformément aux dispositions de l'article 46bis, § 2, fixer les conditions dans lesquelles les pharmaciens et les licenciés en sciences chimiques qui sont habilités à effectuer les analyses de biologie clinique peuvent, sous leur propre responsabilité et contrôle, confier à des personnes exerçant une profession paramédicale l'exécution de certains actes relatifs à la biologie clinique*".

³⁴ A.R. du 15.11.2010 modifiant l'arrêté royal du 10 décembre 2009 modifiant l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 03.12.2010; éd. 1).

déroulement des recours contre l'A.R. du 10.12.2009 ayant introduit l'obligation de disposer de 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique pour être agréé comme laboratoire clinique.

5.4. Autres

La plupart des tâches à accomplir pour 2010 énumérées dans notre précédent rapport restent à faire en 2011 ou ultérieurement.

5.4.1. La prescription électronique notamment de la biologie clinique est toujours à l'arrêt car l'arrêté royal réglementant l'utilisation de la signature électronique dans le secteur de la santé n'a toujours pas été publié. Dans d'autres domaines comme le secteur bancaire, l'utilisation de la signature électronique est une réalité depuis des années.

5.4.2. L'asbl Recip-e, bénéficiant d'un subside du Comité de l'assurance de l'INAMI, travaille activement à la prescription électronique de médicaments. Il a été convenu d'emblée que le système Recip-e doit être un modèle générique pouvant également être utilisé avec la prescription électronique notamment de la biologie clinique. Frank Robben, administrateur général de la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) et de la Plate-forme eHealth, l'a confirmé dans le cadre du conseil d'administration de la Plate-forme eHealth du 08.02.2011. Robben déclare toutefois que le stockage de messages chiffrés sur le serveur de Recip-e n'a de sens que dans la mesure où cela concerne des prescriptions adressées à des laboratoires qui ne sont pas connus comme destinataire au moment de l'envoi de la prescription. Si le patient est d'accord pour que le prescripteur envoie la prescription à un laboratoire spécifique, il peut être techniquement préférable d'utiliser la box eHealth. Le format de la prescription doit en tout cas être standardisé. Le Dr Moens insiste au niveau du conseil d'administration de la plate-forme eHealth et de l'asbl Recip-e pour que la liberté de choix du patient en matière de laboratoire soit garantie.

5.4.3. Les petits risques pour les indépendants sont intégrés à la réglementation générale de l'assurance-maladie depuis le 01.01.2008. Le Dr Moens a demandé dans le cadre du groupe de travail biologie clinique du Conseil technique médical que le dédoublement des codes pour les honoraires forfaitaires ambulatoires soit abandonné. Celui-ci a été instauré en 1992 pour pouvoir faire la distinction entre les gros et les petits risques pour les indépendants. Pour supprimer ce dédoublement, il est nécessaire de modifier l'A.R. du 24.09.1992 régissant les honoraires forfaitaires des prestations ambulatoires de biologie clinique³⁵.

5.4.4. En dépit du fait que la notion d' "ordre permanent" a fait son entrée depuis un certain temps dans la liste des actes confiés par des médecins à des infirmiers³⁶, cette notion n'a toujours pas fait son chemin dans la nomenclature des prestations de santé à l'INAMI. Le recours à ces ordres permanents serait particulièrement utile pour des patients ayant besoin d'analyses répétitives, par exemple des dosages des gaz sanguins et du pH pour les patients ventilés, les taux de glycémie pour les patients hospitalisés, etc. Malgré des tentatives répétées au niveau du Conseil technique médical, ce dossier reste bloqué dans les starting-blocks.

³⁵ A.R. du 24.09.1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations (M.B. du 29.09.1992).

³⁶ A.R. du 13.07.2006 portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre (M.B. du 07.08.2006).

5.4.5. L'attribution à chaque fois d'un nouveau numéro d'agrément par l'INAMI quand un laboratoire introduit un nouveau test des articles 24bis ou 33bis représente une charge administrative totalement inutile qui, de plus, peut avoir des conséquences très désagréables. Si un laboratoire référent ignore que le laboratoire sous-traitant avec lequel il a l'habitude de collaborer a reçu un nouveau numéro d'agrément car il effectue un test supplémentaire des articles 24bis ou 33bis, le laboratoire référent risque de se voir refuser le remboursement de toutes ses prestations envoyées par les mutuelles au motif que le numéro d'agrément utilisé sur ses attestations est "erroné". Les O.A. reçoivent automatiquement de l'INAMI les nouveaux numéros d'agrément de laboratoire. Les laboratoires référents doivent les deviner.

Une autre conséquence administrative fâcheuse de ce système intolérable est qu'un même laboratoire a chronologiquement progressivement toute une série de numéros d'agrément. Pour chacun de ces numéros d'agrément, le laboratoire doit fournir à l'INAMI, par trimestre, le nombre de prescriptions et lui communiquer le montant qu'il a presté pour les patients ambulatoires³⁷. Le Dr Moens a proposé que la Commission de biologie clinique demande également au Dr De Ridder, directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI, que cette administration soit considérablement simplifiée. Cela doit être suffisant de doter d'un numéro d'agrément spécifique les laboratoires qui effectuent des tests des articles 24bis, 33bis ou le HPV de l'article 32, et non plus de prévoir un numéro spécifique par test effectué avec une technique de biologie moléculaire.

5.4.6. Compte tenu de la pénurie d' "auxiliaires qualifiés"³⁸, il est envisagé depuis un certain temps d'étendre cette notion à d'autres catégories professionnelles que les technologues de laboratoire médical. Pour l'instant, les biologistes cliniques ne peuvent confier l'exécution de prestations techniques de biologie clinique qu'à un personnel disposant du titre professionnel de technologue de laboratoire médical³⁹. On pense en premier lieu à une extension aux technologues pharmaceutiques et biologiques, un choix d'orientation qui n'existe qu'en Flandre et qui pourrait éventuellement, moyennant une année d'étude supplémentaire et des stages en hématologie, être assimilé au diplôme de technologue de laboratoire médical. C'est une tâche qui incombe à la Commission de biologie clinique.

5.4.7. Le projet prévoyant la création d'un conseil de biologistes cliniques dans les laboratoires non hospitaliers (sur le modèle du conseil médical dans les hôpitaux) et l'inscription de ce conseil dans l'arrêté d'agrément du 03.12.1999, a été anéanti politiquement d'une main de maître à la faveur d'arguments pseudo-européens sous l'influence d'acteurs importants du secteur des laboratoires privés. Il convient de reprendre le fil.

5.4.8. Les statuts anciens de notre union professionnelle doivent être actualisés. Les travaux ont été entamés par Fanny Vandamme dès 2009 mais, par manque de temps, ils ont échoué dans un de mes tiroirs. Parmi nos activités professionnelles, certaines me semblent plus passionnantes que la rédaction de statuts.

³⁷ A.R. du 28.04.1993 fixant les critères d'agrément des laboratoires de biologie clinique, visés à l'article 63, alinéa 1er, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (M.B. du 20.05.1993) (rebaptisé communément "arrêté quantité" parallèlement à l' "arrêté qualité" du 03.12.1999).

³⁸ Art. 17 de l'A.R. du 03.12.1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (M.B. du 30.12.1999; éd. 2).

³⁹ A.R. du 02.06.1993 relatif à la profession de technologue de laboratoire médical (M.B. du 10.07.1993).

5.4.9. Parmi les tâches à accomplir de l'année dernière, il nous reste en guise de dessert celle de rendre notre spécialité médicale plus attractive. C'est simple comme bonjour bien évidemment.

6. Conclusion

En tant que médecins biologistes cliniques, il nous faut veiller à ce que les efforts d'accréditation et les normes ISO ne l'emportent pas sur nos tâches médicales.

Nous assistons à l'arrivée d'un nombre croissant de managers dans notre secteur, et ce non seulement dans les mégalaboratoires mais aussi dans les laboratoires (hospitaliers) de taille moyenne. Il appartient aux biologistes cliniques de veiller à ce que le management n'entre pas en conflit avec la mission première des laboratoires de biologie clinique, à savoir pouvoir dispenser aux patients qui en ont besoin les soins de biologie clinique nécessaires en garantissant la qualité.

Cela implique aussi une participation active des biologistes cliniques dans l'échange électronique de données de nature médicale. Notre profession a pris l'initiative dans cette transmission de données depuis des décennies. Ce n'est pas le moment maintenant de perdre notre place légitime face à la foule de spécialistes et futurs spécialistes "hub & metahub" en gestion de données de santé.

Pour finir, il reste l'éternelle question de savoir comment nous pouvons enjoindre, accompagner ou aider objectivement nos confrères prescripteurs à préférer une prescription plus adéquate des prestations de biologie clinique.

Voilà autant de défis qui promettent une année 2011 passionnante. Savoir que ces missions dépassent de loin ce qui peut être accompli au cours de cette année rend le défi plus important encore à mes yeux. La devise de Guillaume d'Orange : *"Point n'est besoin d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer"* me semble particulièrement bienvenue, depuis des décennies, dans le cadre de mes activités de défense de la profession médicale et de médecin spécialiste en biologie clinique plus particulièrement.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire de l'UPBMSBM
24.02.2011

Honoraires forfaitaires à partir du 01.01.2011

(Note CGSS 2011/10 : décision du Conseil général de l'INAMI du 14.02.2011)

HONORAIRES FORFAITAIRES PAR HOSPITALISATION A PARTIR DU 01.01.2011 (en €) (par rapport au 01.01.2010)

Code de nomenclature	Honoraires à partir du 01.01.2011	Ticket modérateur		Honoraires 01.01 – 31.12.2010
		VIPO	Non-VIPO	
591102 (F10)	31,74	00,00	7,44	28,60
591603* (F10 + Q)	32,02	00,00	7,44	28,90
591124 (F 12,5)	43,63	00,00	0,00	39,33
591146 (F 7,5)	23,80	00,00	0,00	21,45

* *biologiste clinique accrédité*

HONORAIRES FORFAITAIRES PAR ADMISSION EN HOPITAL DE JOUR A PARTIR DU 01.01.2011 (en €) (par rapport au 01.01.2010)

Code de nomenclature	Honoraires à partir du 01.01.2011	Ticket modérateur		Honoraires 01.01 – 31.12.2010
		VIPO	Non-VIPO	
591091	31,74	00,00	0,00	28,78
591113	43,63	00,00	0,00	39,57
591135	23,80	00,00	0,00	21,59

HONORAIRES FORFAITAIRES PAR PRESCRIPTION AMBULATOIRE EN BIOLOGIE CLINIQUE A PARTIR DU 01.01.2011 (in €) (par rapport au 01.01.2010)

Nombre B	Code de nomenclature	Honoraires à partir du 01.01.2011	Ticket modérateur		Honoraires 01.01 – 31.12.2010
			VIPO	Non-VIPO	
Non-accrédités					
B < 700	592815	15,90	0	0	16,56
	592830	3,73	-	-	3,89
		19,63	0	0	20,45
700 ≤ B < 1750	592911	25,79	3,72	8,70	28,86
	592933	6,05	-	-	6,30
		31,84	3,72	8,70	33,16
1750 ≤ B < 3500	593014	29,24	3,72	12,96	30,45
	593036	6,86	-	-	7,15
		36,10	3,72	12,96	37,60
B ≥ 3500	593110	30,96	3,72	15,67	32,25
	593132	7,27	-	-	7,57
		38,23	3,72	15,67	39,82
Accrédités					
B < 700	592852	16,26	0	0	16,93
	592874	3,80	-	-	3,96
		20,06	0	0	20,89
700 ≤ B < 1750	592955	26,32	3,72	8,70	27,41
	592970	6,15	-	-	6,40
		32,47	3,72	8,70	33,81
1750 ≤ B < 3500	593051	29,81	3,72	12,96	31,04
	593073	6,97	-	-	7,25
		36,78	3,72	12,96	38,29
B ≥ 3500	593154	31,56	3,72	15,67	32,87
	593176	7,37	-	-	7,68
		38,93	3,72	15,67	40,55