
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des
Unions Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

Avril 2017

AUX MEMBRES DE L'UNION PROFESSIONNELLE BELGE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN BIOPATHOLOGIE MÉDICALE

Sommaire

1. Approbation du projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire du 23.02.2016	3
2. Allocution du président, le Dr Michel LIEVENS	3
3. Rapport annuel du secrétaire, le Dr Henk LOUAGIE, avec la précieuse collaboration des Drs Marc MOENS et Alain DEROM.....	6
3.1. En 2016	6
3.1.1. Suppléments d'honoraires	6
3.1.2. Biologie moléculaire	8
3.1.3. Taskforce et économies	9
3.1.4. Réforme des professions des soins de santé	10
3.1.5. POCT/PST.....	11
3.1.6. 2016: longue vie à Kafka!	12
3.1.7. 0,8 ETP médecin biologiste	13
3.1.8. Nouveaux développements.....	13
3.2. En 2017	13
3.2.1. Quid du budget?.....	13
3.2.2. Évolutions au sein du budget: analyse	14
3.2.3. Attractivité de l'union professionnelle	18
4. Compte rendu du trésorier, le Prof A. Verstraete.....	18
5. Discussion du rapport du secrétaire.....	19
6. Divers.....	19

Projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire du 21.02.2017

Présents :

Les Drs Norbert BLANCKAERT, Alain DEROM, Jérémie GRAS, Michel LIEVENS, Henk LOUAGIE, Jean-Marc MINON, Marc MOENS, Pieter VERMEERSCH et Alain VERSTRAETE.

Excusés :

Les Drs Jan MOERMAN, Jean-Luc RUMMENS et Jean-Baptiste VANDERPAS.

1. Approbation du projet de compte rendu de l'assemblée générale statutaire du 23.02.2016

Le projet de compte rendu de la réunion du 23.02.2016, qui est paru dans le numéro spécial du Médecin Spécialiste de mars 2016, est approuvé à l'unanimité.

2. Allocution du président, le Dr Michel LIEVENS

Chères Consœurs, Chers Confrères,

Maggie DE BLOCK, notre ministre de la santé publique, a présenté en avril 2015 son plan de réforme du financement des hôpitaux. Dans celui-ci, la ministre envisage des formes de financement différentes pour l'ensemble des prestations réalisées à un patient hospitalisé pour une pathologie définie, selon le degré de standardisation de ces prestations. Trois niveaux ou clusters ont été définis : clusters à faible, à moyenne et à haute variabilité.

Pour le cluster de soins à faible variabilité (donc ceux dont la prise en charge est peu complexe, homogène dans la démarche médicale), la ministre ambitionne d'instaurer un système de paiement prospectif, sous la forme de forfaits par séjour et par pathologie. Ces forfaits se substitueront à l'ensemble des montants actuellement remboursés à l'hôpital, par le biais du budget des moyens financiers (BMF), des remboursements des produits pharmaceutiques et des honoraires des actes médicaux et paramédicaux délivrés au cours de l'hospitalisation. La mise en place d'un financement prospectif par pathologie ne concerne qu'environ 25 % des activités de l'hôpital, qui continuera donc à se servir de la nomenclature des prestations de soins pour les hospitalisations plus complexes. Il n'empêche que les médecins impliqués dans ces pathologies à financement forfaitarisé, devront savoir quelle part du forfait leur est assignée comme honoraires, puis s'entendre entre eux pour se les partager. Mais si cette première étape de forfaitarisation s'avère efficace (budgétairement parlant bien entendu), ne peut-on craindre assez rapidement un élargissement de ce mode de rémunération aux pathologies reprises dans le cluster de moyenne variabilité ? Le seuil des 25 % des activités hospitalières forfaitarisées serait alors nettement dépassé !

Avant de lancer cette première étape de forfaitarisation à l'hôpital, la ministre de la santé souhaite prévenir la survenue de conflits potentiels évoqués plus haut, en précisant dans ces forfaits la part qui reviendra à l'hôpital et celle qui reviendra aux prestataires de soins. La notion d'« honoraires purs » apparaît donc, par opposition à l'honoraire actuel qui inclut les moyens nécessaires au médecin pour réaliser son acte médical. La ministre a mandaté deux équipes universitaires pour résoudre le problème.

Si la première équipe, de l'UZ Leuven (Prof Katrien KESTELOOT), a pour tâche d'étudier le degré d'adéquation entre les moyens octroyés par l'INAMI et les dépenses engagées par l'hôpital pour couvrir

tous les besoins d'un patient au cours de son hospitalisation, la seconde équipe se penche plus spécifiquement sur les honoraires médicaux. La tâche a été confiée à un groupe de chercheurs (les Profs Magali PIRSON et Pol LECLERCQ) de l'École de santé publique de l'ULB. Dans une étude antérieure, ceux-ci ont, par une méthodologie dénommée PACHA, analysé une série des prestations médicales en décortiquant les coûts de ses différentes composantes, à savoir le coût du personnel non médical, du fonctionnement, des amortissements de l'instrumentation, des frais indirects, pour en déduire l'honoraire médical résiduel (ou honoraire médical « pur »). Dans l'étude actuelle, l'intention première est de hiérarchiser, dans chaque spécialité médicale, la valeur de différentes prestations de la spécialité selon 3 critères objectifs : la durée, la complexité et le risque de la prestation. En tout, ce ne sont pas moins de 350 prestations qui seront analysées. Le GBS, approché par les coordonnateurs de l'étude, a décidé d'y participer. Toutes les unions professionnelles sont concernées, y inclus celle de biologie clinique. Si une prestation chirurgicale n'est pas trop difficile à évaluer selon ces critères, une prestation de biologie clinique l'est assurément plus. Ce n'est pas pour rien que les auteurs de l'étude ont commencé leur travail avec les unions professionnelles de spécialités plus cliniques. L'analyse des prestations des spécialités médicotéchniques, plus complexes, ne viendra qu'après ; mais cela ne devrait plus trop tarder. Vous tous, membres de notre union, recevrez (dans les prochaines semaines ?) un questionnaire auquel nous espérons qu'un maximum d'entre vous répondront, parce que, praticiens de terrain, vous êtes les plus qualifiés pour juger de l'importance de votre implication dans chacun des actes de biologie clinique qui seront à évaluer. Et c'est grâce au grand nombre de résultats que vous aurez renvoyés, que leur valeur deviendra significative.

Quel impact auront ces résultats sur la révision de la nomenclature ?

En tout cas, forte des résultats obtenus par les deux études, la ministre pourra d'une part, ajuster les forfaits aux coûts hospitaliers réels et d'autre part, attribuer aux médecins la part du forfait qui leur

Face à ce premier pas de notre ministre en faveur d'honoraires purs pour les médecins et en particulier pour les biologistes, nous devons bien veiller à conserver ce qui nous reste de nos responsabilités managériales dans nos laboratoires

revient comme honoraires. Cela répond à certaines inquiétudes, certes mais : Incombera-t-il aux médecins de « s'entendre » pour se répartir les honoraires ? Ces honoraires seront-ils nets de toute ristourne au gestionnaire ? Ne serons-nous pas dépossédés de notre pouvoir décisionnel dans nos services ? les choix de matériel (d'investissement, de fonctionnement), de personnel paramédical, d'organisation ?

Cela fait sept ans déjà que j'avais évoqué, dans un même discours, l'adoption d'une rémunération alternative des biologistes par un honoraire forfaitaire par demande d'analyses, un honoraire « pur ». Aucun écho favorable ne m'était alors parvenu, mais plutôt un certain nombre de critiques, dont la plus fondée est sans conteste qu'en conséquence de la perte d'une grosse part de nos honoraires liés à la couverture des frais de laboratoire, nous

pourrions perdre la maîtrise de notre pouvoir de décision. Mais l'avons-nous encore aujourd'hui, à l'ère des marchés publics et des investissements pluridisciplinaires ? Quoi qu'il en soit, face à ce premier pas de notre ministre en faveur d'honoraires purs pour les médecins et en particulier pour les biologistes, nous devons bien veiller à conserver ce qui nous reste de nos responsabilités managériales dans nos laboratoires. Elles sont essentielles. Nous savons que le gestionnaire de notre hôpital ne vise qu'à se substituer à nous, en plaçant dans nos laboratoires un administrateur qui lui serait totalement assujéti. Et nous le savons parce que, si telle est la situation dans la plupart des laboratoires extrahospitaliers depuis belle lurette, il faut reconnaître que ce l'est aussi aujourd'hui dans pas mal de laboratoires hospitaliers.

Une heureuse conséquence de cette amorce de forfaitarisation des honoraires est de rompre le lien malsain entre nombre d'actes médicaux et niveau de rémunération. La rémunération à l'acte est sujette à surconsommation (sauf en biologie clinique hospitalière, déjà honorée essentiellement par des honoraires forfaitaires). Le médecin peut « s'en mettre plein les poches » en réalisant des actes inutiles ; le reproche est récurrent. Par ailleurs, nous sommes dans un environnement hospitalier belge où 40 % des hôpitaux sont en déficit. Comme en moyenne, 42 % des honoraires des médecins hospitaliers sont ristournés au gestionnaire, celui-ci a donc lui aussi un intérêt dans la surconsommation médicale au sein de son institution, surtout si son bilan financier est négatif ! Le cercle est donc bel et bien vicieux, d'où qu'il soit issu. D'aucuns tirent la sonnette d'alarme : avec la forfaitarisation, l'on va réaliser moins d'actes, cela coûtera d'autant moins à l'hôpital. On risque alors de basculer vers une sous-consommation, qui serait aussi préjudiciable au patient. Mais quel médecin sérieux prendrait le risque de ne pas réaliser une prestation qu'il juge utile à son patient ? En plus, si demain (enfin), la majorité des démarches médicales suivent les procédures d'EBV (Evidence-Based Medicine), les actes « recommandés » seront bel et bien réalisés et eux seuls, sans discussion, au profit du patient qui aura été traité correctement. Cela ne fait pas l'affaire du gestionnaire dont l'hôpital est en déficit ? Eh bien, soit il prend exemple sur la bonne gestion des hôpitaux en équilibre, soit il met ses lits à la disposition de l'autorité régionale qui a la gestion des hôpitaux dans ses attributions... Ne nous serine-t-on pas depuis longtemps qu'il y a trop de lits d'hôpitaux en Belgique ? Et ce constat ne tient probablement pas encore assez compte de l'impact considérable que va avoir la révolution numérique sur le nombre futur d'hospitalisations. Grâce à de nombreux gadgets et applications, le patient connecté à son domicile va pouvoir transmettre à distance une foule de données sur sa santé à son médecin généraliste ou spécialiste. Le malade sera donc sensiblement moins souvent hospitalisé, sinon pour des affections aiguës. Et la biologie clinique verra son activité ambulatoire croître au détriment de son activité hospitalière.

Dans le contexte de la révision de l'article 78 sur la distribution des tâches de soins entre les différents professionnels de santé, la ministre pourrait imposer à ceux-ci de faire la preuve du maintien de leurs connaissances à un niveau adéquat, en s'inspirant des CanMeds (Canadian Medical Education Directives for Specialists), qui ont été établies au Canada par des médecins et pour les médecins. L'une d'elles énonce que : "le praticien applique correctement l'arsenal diagnostique, thérapeutique et préventif de la discipline dans une optique evidence-based". L'EBM deviendra ainsi une norme obligatoire qui déterminera la démarche du médecin. L'art médical va s'estomper au profit d'algorithmes puissants et efficaces. Devons-nous craindre que, dans un avenir proche, ils puissent remplacer le biologiste clinique dans son rôle de conseiller dans l'interprétation des résultats de laboratoire, dans la suggestion d'analyses complémentaires à un premier tableau biologique perturbé ?

***Jeunes biologistes,
engagez-vous dans la
défense professionnelle,
prenez le relais des aînés
qui vont tôt ou tard
décrocher***

Certes, nous misons sur la génétique, science médicale du présent et surtout du futur : bienvenue à la médecine préemptive, aux traitements personnalisés. Pourrons-nous nous approprier cette science de l'avenir ? Ne suffirait-il pas comme le propose le KCE d'ajouter dans l'article 78, en plein remaniement, le conseiller en génétique à la liste des paramédicaux ? Attention, danger !

Que d'interrogations sur notre avenir, d'abord sur notre futur mode de rémunération dans un environnement de financement hospitalier chamboulé. Mais aussi, sur l'avenir de notre spécialité dans un environnement de développement de la digitalisation des connaissances médicales et des gadgets générateurs d'informations médicales, entre autres biologiques (senseurs, capteurs, patches). C'est une résistance d'arrière-garde que de nous opposer au développement plus poussé, hors laboratoires médicaux, de tests biologiques mis à la disposition des patients, comme le sont dès à présent les tests de grossesse, d'infection par HIV, de glucose, et d'autres, et demain tous ces « monotests » à lecture

visuelle, dont nous usons dans nos laboratoires, et qui ne manqueront pas d'inonder le marché, en pharmacie bien sûr.

Le combat pour notre survie est plus que jamais d'actualité. Nous devons être unis pour relever les défis qui nous attendent et nous faire entendre par les instances dirigeantes. Jeunes biologistes, engagez-vous dans la défense professionnelle, prenez le relais des aînés qui vont tôt ou tard décrocher.

Bonne année biologique 2017.

3. Rapport annuel du secrétaire, le Dr Henk LOUAGIE, avec la précieuse collaboration des Drs Marc MOENS et Alain DEROM

3.1. En 2016

En ce début 2017, 132 laboratoires cliniques sont toujours actifs en Belgique : 75 en région flamande, 11 en région bruxelloise et 46 en région wallonne. La plupart (81/132) ne disposent que d'1 centre d'activités, 24 en disposent de 2, 12 de 3 et 9 laboratoires même de 4 (remerciements à Philippe Vandewalle, ISP, pour la communication de ces données).

En survolant les réunions de l'an dernier et en les comparant à l'assemblée statutaire 2016, on constate que certains sujets n'ont pas disparu de l'actualité. Au total, le comité directeur s'est réuni à 5 reprises en 2016.

2016 a été une année houleuse au niveau financier, avec son lot de mesures d'économies pas toujours scientifiquement motivées qui ne faciliteront pas les choses, outre qu'il faille se résigner à la non indexation (ou seulement partielle) de tous les honoraires. Les mesures imposées aux hôpitaux se répercuteront probablement aussi sur les retenues à l'encontre des médecins et vont donc impacter directement les revenus des médecins y inclus les biologistes cliniques. Les laboratoires privés subiront aussi des pertes consécutives à la décision d'interdire les suppléments d'honoraires dans le secteur ambulatoire¹. Il est de plus en plus évident que toute nouvelle initiative doit être financée par des moyens propres. C'est pourquoi l'union professionnelle doit continuer à chercher activement et intelligemment à lutter contre l'usage inadéquat de la biologie clinique grâce à des règles diagnostiques appropriées ou en introduisant des intervalles obligatoires entre deux dosages d'un même test. On s'est déjà prêté à ce genre d'exercice avec l'explosion des dosages de vitamine D ou la surconsommation de tests sérologiques pendant la grossesse.

Les sujets suivants sont régulièrement traités et seront probablement récurrents en 2017 dans les prochaines réunions.

3.1.1. Suppléments d'honoraires

Au point 4.3.1 de l'accord médico-mutualiste, il est dit que la médico-mut doit formuler une proposition pour le 30.06.2016 pour l'application d'une interdiction sur les suppléments dans le secteur ambulatoire de la biologie clinique, l'anatomie pathologique et la génétique. Le président de la médico-mut, Jo DE COCK, devait y pourvoir aux alentours du 30.04.2016. L'un des arguments des mutualités pour l'interdiction des suppléments pour les biologistes cliniques est qu'ils ne sont pas censés être en contact physique avec les patients. De nombreux biologistes cliniques voient pourtant des patients dans le cadre des DPNI, ponctions, clinique du voyage, problèmes infectieux etc... . Le fait qu'ils ne reçoivent pas les

¹ Le projet d'AR approuvé au Comité de l'Assurance du 25.08.2016 n'a pas encore été publié (Note CSS 2016/252).

patients n'est donc pas un argument pour interdire les suppléments. L'AADM² a proposé que les biologistes cliniques du laboratoire où un échantillon est analysé suivent le statut de conventionnement du prescripteur: en d'autres termes, si le médecin prescripteur est conventionné, les biologistes cliniques du labo ne peuvent pas facturer des suppléments.

L'accord médico-mut 2016-2017 contient la mesure suivante en matière d'accessibilité: « *La CNMM formulera pour le 30 juin 2016 (sic) une proposition d'application d'une interdiction relative aux suppléments de biologie clinique, anatomie pathologique et génétique tel que prévu à l'article 73 § 1/1 de la loi SSI* ». Par suppléments, on entend la différence entre les honoraires et les tarifs prévus dans l'accord. En vertu de ces dispositions, il n'est pas question d'une interdiction générale de facturation de suppléments mais d'une limitation du champ d'application aux prestations ambulatoires pour autant qu'un remboursement de ces prestations soit prévu. En résumé, cela ne concerne pas les honoraires liés aux analyses qui ne sont pas remboursées par l'INAMI !

Les conclusions et les propositions suivantes ont été formulées:

- À l'exemple du secteur hospitalier, aucun honoraire supplémentaire ne peut être facturé sur les honoraires forfaitaires.
- La facturation des frais ou coûts administratifs liés à un prélèvement sanguin n'est pas autorisée. En résumé, un supplément fixe de 5 euros/prise de sang par exemple ne sera plus permis.
- Les suppléments peuvent seulement être facturés par des dispensateurs de soins non conventionnés ou partiellement conventionnés à condition qu'ils aient effectué ces prestations. Une identification sur la facture est requise et les suppléments ne peuvent être encaissés par des tiers.
- Les suppléments peuvent seulement être facturés si les patients en ont été avisés. Les modalités pratiques ne sont pas encore connues : la liste de biologistes cliniques non conventionnés mise à la disposition par l'INAMI pour consultation, suffit-elle ? Doit-il y avoir une indication sur le formulaire de demande ? Une communication affichée au centre de prélèvement suffit-elle ?
- Les décisions nécessaires doivent être prises en application de la loi sur la transparence³.
- L'INAMI et les organismes assureurs publieront la liste des biologistes cliniques et des laboratoires où ils travaillent en indiquant leur statut de conventionnement.
- Il faut prévoir une évaluation périodique des mesures proposées.
- En compensation pour les anatomopathologistes, la prestation du dépistage du cancer de l'utérus par frottis en couche mince est revalorisée (+5,50 €).
- La convention nationale entre les pharmaciens biologistes et les organismes assureurs sera revue et actualisée. Cette convention date de 1995 et n'a plus été adaptée depuis lors.
- Les montants des suppléments et des prestations non remboursées doivent être transmis aux OA lors de la facturation électronique. Ici non plus les modalités n'ont pas encore été spécifiées. Il est toutefois évident que tous les tests et suppléments non remboursables doivent figurer sur les bandes. Comme ce n'est pas le cas actuellement, les dépenses reprises sous le terme « supplément » augmenteront simplement parce qu'il n'est pas encore possible administrativement de distinguer entre les suppléments réels et les honoraires des tests non remboursés. Le Dr Alain DEROM demandera à la Commission d'informatique de l'INAMI comment les pseudocodes des tests non remboursés doivent être indiqués sur la bande magnétique.

On ne sait toujours pas précisément quand l'AR relatif aux suppléments sera publié et entrera en vigueur. Cela aurait dû avoir lieu avant le 01.01.2017.

² AADM: Alliance Avenir des Médecins, Alliantie Artsenbelang - Domus Medica, troisième union médicale à la commission nationale médico-mut, avec l'ABSyM-BVAS et le Cartel/Kartel.

³ Articles 92 - 97 de la loi d.d. 10.04.2014 portant des dispositions diverses en matière de santé, entrée en vigueur le 01.07.2015 (MB 30.04.2014)

La circulaire I 2016/14 de la Commission d'informatique a donné des éclaircissements sur les instructions concernant la facturation: les suppléments liés aux prestations remboursables doivent être indiqués dans la zone 30-31 (supplément) de l'enregistrement où l'intervention AMI (zone 19) et la part personnelle éventuelle (zone 27) sont aussi facturées. Il existe déjà un pseudocode 960035-960046 pour les prestations de laboratoire non remboursables. Le montant facturé au patient apparaît dans la zone 30-31 (supplément).

3.1.2. Biologie moléculaire

Un nouveau groupe de travail « Companion diagnostics » (abrégié CDx) a été formé sous la tutelle de l'INAMI. Il est composé de membres de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et de membres du Conseil Technique Médical (CTM). Le but est qu'en cas d'approbation du remboursement des nouveaux médicaments anti-cancer qui dépendent des caractéristiques moléculaires de la tumeur, le coût du dosage du test soit aussi compris dans ce remboursement. À cet effet, un nouvel article 33ter sera créé dans la nomenclature. Cela impliquerait que certains numéros de nomenclature à l'article 33bis soient supprimés et transférés à l'article 33ter. Marc MOENS est membre du groupe de travail CDx en tant que délégué du Conseil Technique Médical (CTM) et du Comité de l'assurance. Lors de la première réunion du groupe de travail, la parole a surtout été prise par les généticiens des différents centres de génétique humaine qui avaient été invités en tant que « techniciens ». Hormis leur apport scientifique, ils ont bien entendu défendu leur mainmise sur l'oncologie moléculaire qui pourtant n'est pas une matière génétique par définition. Depuis lors, on attend toujours le nouvel article 33ter de la nomenclature qui prévoira le remboursement de nouveaux tests moléculaires comme les « NGS ». Cependant, aucun moyen financier supplémentaire n'est prévu. L'introduction de nouveaux tests via l'article 33ter implique donc la suppression ou la diminution de la valeur de remboursement des tests à l'article 33bis. En associant les tests aux médicaments, les prestations seraient introduites dans la nomenclature plus rapidement qu'en suivant les procédures de révision de la nomenclature de biologie clinique extrêmement lentes. Le remboursement des médicaments est en effet soumis à des limites dans le temps strictement fixées par la loi, ce qui n'est pas le cas pour la nomenclature des prestations médicales.

Le DPNI ou « dépistage prénatal non invasif » a souvent été un sujet récurrent dans les comités directeurs de 2016. Le 28 janvier 2016, la ministre Maggie DE BLOCK a adressé une demande d'avis à M. Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI et au Dr Jacques DE TOEUF, président du Conseil Technique Médical, concernant les tests DPNI, compte tenu du rapport 222A du KCE⁴ et des nouveaux développements au niveau du prix. Un avis a été demandé explicitement concernant un test exclusif du dépistage de la trisomie 21. Les centres de génétique humaine ont réagi par un document d'opinion dans lequel ils affirment que le test DPNI est plus qu'un dépistage de la trisomie 21. Ils veulent l'étendre à un dépistage génétique prénatal général avec toutes les implications éthiques que cela comporte et pour un prix bien plus élevé. En outre, ils y mettent en doute le niveau de qualité des laboratoires de biologie clinique.

Le dossier DPNI a été discuté dans le groupe de travail de biologie clinique du Conseil Technique Médical (CTM) du 19.04.2016. Le Dr Marc MOENS y a défendu le remboursement du DPNI en vertu de l'art. 33bis qui rendrait donc le test aussi accessible aux laboratoires de biologie clinique. Il était seul à défendre ce point de vue. Les experts invités du CGE ont prétendu (sans preuves) que le test Clarigo de Multiplicom, qui est à l'essai dans certains laboratoires d'hôpitaux non universitaires de biologie clinique, était d'une qualité contestable. Entretemps cette assertion a pu être démentie et le Dr MOENS a demandé à la réunion suivante du groupe de travail de biologie clinique du CTM du 10.05.2016 que ces remarques ne soient pas prises en considération. Depuis lors, au moins 5 grands hôpitaux non universitaires proposent le test DPNI par le test Clarigo (voir aussi communiqué de presse dans « de specialist », <http://www.despecialist.eu/nl/actualiteit/vier-vlaamse-niet-universitaire-ziekenhuizen-starten-met-nipt-test>). Comme par miracle, les centres de génétique humaine ont diminué leur prix de 100 euros pour s'ajuster au niveau de leurs collègues non universitaires. Entretemps, il y a au moins 2 centres non génétiques qui exécutent le test DPNI au moyen du « whole genome sequencing ». Ainsi,

⁴ Test de dépistage prénatal non invasif (DPNI) pour la trisomie 21 - KCE- 22.05.2014

l'argument de soi-disant « supériorité technique » peut aussi être réfuté par 2 centres non génétiques au moins.

Il est clair que le test DPNI donne lieu à une lutte de pouvoir au plus haut niveau. Pour l'union professionnelle, il est essentiel que le test DPNI soit considéré comme un test de dépistage qui relève des laboratoires de biologie clinique, à condition bien entendu que des critères de qualité élevés soient remplis, notamment l'accréditation du test. Entre-temps, le CGE de Leuven semble menacer de cesser leurs consultations génétiques dans les hôpitaux où on souhaite offrir le test DPNI. Il est vrai qu'avec le « whole genome sequencing », d'autres malformations génétiques en dehors de la trisomie 13, 18 et 21 peuvent être dépistées. Toutefois, se posent ici les questions éthiques quant à la communication ou non au patient de résultats de tests génétiques non demandés. En outre, de nombreuses anomalies supplémentaires dépistées sont dues au mosaïcisme placentaire et ne peuvent être détectées dans le fœtus même. Ce type d'information complémentaire est cause de beaucoup d'inquiétude et d'exams supplémentaires pour le patient. Un « généticien clinique » (entre guillemets car le titre professionnel n'existe toujours pas) de la KUL a reconnu lui-même qu'ils ont besoin du DPNI pour compenser la faible rémunération de leurs consultations... Effectivement, si la biologie clinique doit compenser toute l'activité de consultation déficitaire (cela vaut aussi pour les pneumologues, neurologues, pédiatres, chirurgiens,...), autant demander la faillite de la biologie clinique.

Entre-temps, l'ISP a entamé l'expérience pilote « next generation sequencing » et enverra des échantillons début 2017 aux laboratoires inscrits qui au moment de l'envoi d'échantillons recherchent des mutations dans des tumeurs solides. Dans un premier temps, l'organisation de l'expérience pilote vise à identifier les tests actuellement effectués dans les laboratoires participants. Cette première étude concerne uniquement l'évaluation des paramètres sur des tumeurs solides. Une étude ultérieure sera développée pour les tests évalués en hématologie.

Il est probable que les résultats soient aussi utilisés pour la création éventuelle d'une « convention » qui sera conclue entre l'INAMI et certains laboratoires cliniques. Avec cette convention, l'INAMI permettra le remboursement des tests NGS pour toutes les indications cliniques reconnues utiles en oncologie et hématologie. Cette convention sera utilisée provisoirement pendant la révision du cadre juridique actuel (article 33bis de la nomenclature). Les critères de sélection qui seront présentés aux laboratoires comme conditions de participation à la convention sont actuellement évalués par les organes de concertation compétents au sein de l'INAMI.

En dehors de cela, on constate une autre tendance : les pouvoirs publics concluent des « appels d'offre » avec des laboratoires et, par exemple, demandent qu'un certain type de tests « spéciaux » soient exclusivement réalisés par un laboratoire unique après le lancement d'un appel d'offre public. Pour l'instant, cette situation n'existe pas en Belgique mais c'est bel et bien une pratique internationale dont les pouvoirs publics belges peuvent s'inspirer.

3.1.3. Taskforce et économies

Au point 4.3.1. de l'accord médico-mutualiste du 22.12.2015 pour les années 2016-2017, on lit que la commission nationale médico-mutualiste formulera une proposition pour le 30 juin 2016 pour l'introduction d'une interdiction de suppléments de biologie clinique, anatomie pathologique et génétique comme le prévoit l'article 73§1/1 de la loi SSI. Il s'agit d'une mesure qui vaudra pour les prestations aux patients ambulatoires (voir ci-dessus).

Il importe de rappeler aussi que l'accord serait dissous de plein droit (point 13.2.) si le gouvernement impose unilatéralement des mesures d'économies supplémentaires, s'il touche à la réglementation des suppléments existants ou s'il élargit la réglementation obligatoire du tiers payant. Cela est arrivé entre-temps : avec la loi-programme du 25.12.2016, l'index a été unilatéralement limité à 1/3 de sa valeur. À cet égard, 2 des 3 syndicats médicaux, le Cartel et l'ABSyM, ont établi par lettre recommandée adressée dans les délais impartis au président de la commission nationale médico-mutualiste, Monsieur Jo DE COCK, qu'ils considèrent que l'accord a été dissout de plein droit. Le président DE COCK est parvenu à mettre en place une période suspensive jusqu'au 24.02.2017. Entre-temps, les tarifs officiels restent d'application.

Le Dr Michel LIEVENS a présenté l'enquête des Prs M. PIRSON et P. LECLERCQ pour la détermination du coût des pathologies par patient du point de vue de l'hôpital, ciblant en particulier l'utilisation de moyens médicaux. Les chercheurs aimeraient que le GBS prenne part à cette étude. Pour mesurer l'utilisation de moyens médicaux, ils souhaitent diffuser parmi les membres du GBS un questionnaire reprenant 349 prestations par spécialité : pour chaque prestation, les membres valideraient la durée, le risque et le degré de difficulté proposés ou formuleraient une contre-proposition. Ces réponses permettront à l'École de Santé Publique de l'ULB de calculer un score par spécialité tenant compte de l'utilisation relative de chaque prestation.

Au nom de notre union professionnelle, les Drs Henk LOUAGIE, Pieter VERMEERSCH (néerlandophones) et Jeremy GRAS, Jean-Marc MINON et Jean-Marc SANTERRE (francophones) ont été délégués pour participer à cette enquête. Il est proposé d'impliquer un sixième biologiste clinique plutôt d'orientation microbiologique. Jusqu'à présent, le groupe de travail ne s'est pas encore réuni.

Le secteur de la biologie clinique a d'abord été inquiété par une diminution de 11,2 % des valeurs du B de toutes les prestations à partir du 01.04.2016. Cette mesure a « permis » d'économiser 40 millions d'euros. 20 millions ont été réinjectés dans le secteur hospitalier par une augmentation de l'honoraire forfaitaire par prise en charge. Ainsi, il y a eu un glissement d'honoraires des laboratoires privés vers les laboratoires des hôpitaux.

En outre, les économies suivantes ont été décidées au CTM du 04.10.2016:

Biologie moléculaire (impact 2,197 millions d'euros)

- Diminution du remboursement de l'amplification du gène HER2, passant de B8000 (340,67 euros) à B5000 (212,92 euros)
- Diminution du remboursement du dépistage du FV Leiden et FII mutant, passant de B3500 (149,04 euros) à B1800 (76,65 euros)

Sérologie pendant la grossesse (impact 2,720 millions d'euros)

- Sérologie CMV seulement remboursée si indication d'infection aigüe au CMV
- Sérologie de la toxoplasmose remboursée 2 x maximum par grossesse

Pour les pathologistes anatomistes, le frottis cervical de dépistage par la technique monocouche a été revalorisée de 5,5 € par prestation.

À partir du 01.01.2017, une diminution de 35,86 % des tarifs relatifs à 4 prestations pour le CMV et le toxoplasma gondii sera d'application jusqu'à ce que la nomenclature soit adaptée en fonction des principes indiqués ci-dessus. Au 01.01.2017, la valeur B subira une augmentation tarifaire de 6,59 % et vaudra donc pour tous les autres actes des articles 3, 18 et 24.

Au fil du temps, suivre la succession de modifications de la nomenclature relève de l'exploit. Aussi, il se peut que le secrétaire ait déjà oublié d'en signaler quelques-unes... .

Par ailleurs, la biologie clinique a aussi contribué indirectement à l'effort économique général du fait de la diminution du nombre d'hospitalisations de jour et donc des facturations des honoraires forfaitaires biologiques associés (pacemakers, cystoscopie, instillation de la vessie avec cytotatique ambulatoire, ...).

Enfin, un certain nombre de remboursements forfaitaires comme ceux du comité de transfusion, de l'hygiène des hôpitaux,... sont associés au nombre de lits justifiés au lieu du nombre de lits agréés. Cela signifie de nouveau une réduction des dépenses.

3.1.4. Réforme des professions des soins de santé

À travers la réforme de l'AR 78 concernant l'agrément des professions des soins de santé, le ministre a l'ambition de décloisonner les différentes professions des soins de santé, de lever le monopole du

médecin et d'accorder un rôle central au patient. Par exemple, des demandes d'agrément pour médecins-aides et assistants de pratique sont encore introduites⁵.

Dans notre secteur, il faisait plutôt calme sur ce front. L'ABTL (Association belge des technologues de laboratoire) a introduit un recours contre l'avis du CNPP (Conseil National des Professions Paramédicales). L'ABTL s'oppose en effet à la modification du titre professionnel du « technologue de laboratoire médical (TLM) » en « collaborateur de laboratoire médical (CLM) ». Lors du vote sur la proposition dans le « groupe de travail TLM » du Conseil National des Professions Paramédicales (CNPP), le règlement d'ordre intérieur n'a pas été respecté. Seulement 4 participants sur les 8 présents ont voté pour, alors que le règlement stipule l'obligation d'une majorité simple. À cause de ce vice de forme, il a fallu recommencer le vote.

Par ailleurs, l'agrément du titre de « conseiller génétique » a été demandé, en tant que profession paramédicale.

Il s'agit de l'agrément d'un collaborateur paramédical qui assistera le généticien. Ce titre ne peut être créé que par le ministre de la santé publique après avis du Conseil national des Professions paramédicales, du Conseil national de l'art infirmier et du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Les trois conseils ont émis un avis négatif. Il incombe au ministre de répondre au pas à cette demande qui émane des centres de génétique humaine, mais l'agrément de ce titre professionnel n'est vraisemblablement pas pour demain. L'agrément des médecins spécialistes en génétique clinique n'est d'ailleurs toujours pas au point, bien que le dossier ait déjà été approuvé par le Conseil supérieur des médecins spécialistes en janvier 2015.

Jusqu'à présent, il n'y a pas de solution pour les nombreux collaborateurs scientifiques de talent (souvent titulaires d'un doctorat en sciences) actifs dans les laboratoires cliniques.

Nos pharmaciens espèrent une valorisation de leur profession au sein des soins de santé (voir ci-dessous). Ici aussi il nous faudra nous méfier des tendances et coutumes internationales. Ainsi, en automne, toutes les pharmacies américaines lancent des campagnes de publicité massives pour la vaccination contre la grippe dans leur officine (« Flu shots available on Tuesday morning »). Cela ne se pratique pas en Belgique pour l'instant.

3.1.5. POCT/PST

Actuellement, peu de choses sont à signaler au niveau des POCT (point of care testing) et des PST (patient self testing). Récemment, des recommandations ont été faites au groupe de travail POCT de l'ISP comme convenu au comité directeur du 24.01.2017. D'autres informations à ce sujet suivront certainement. Le financement des POCT reste de toute façon un grand défi à l'intérieur d'un budget fermé. On se demande toujours si les laboratoires manifestent un quelconque intérêt à superviser le POCT en dehors du milieu hospitalier pour des cacahuètes.

Plusieurs scénarios sont possibles: financer simplement le POCT comme la biologie ambulatoire, mais avec l'honoraire forfaitaire qu'il génère pour le paiement plutôt royal par exemple d'un dosage de glucose. Une autre possibilité consiste à rembourser à 100 % la valeur du B du test POCT, sans honoraire forfaitaire. Dans tous les cas, dans le contexte actuel, il ne faut pas s'attendre à ce qu'un budget supplémentaire soit libéré pour le financement du POCT. Les éventuels tests POCT réalisés extra muros devront donc être financés de facto à partir du budget fermé de la biologie clinique ambulatoire, et les économies devront être cherchées ailleurs.

En outre, les officines des pharmaciens continuent à se positionner sur le marché des autotests. Jusqu'à présent, il n'est pas question que les pharmaciens d'officine réalisent des tests de biologie clinique. Pour le moment il n'y a rien de neuf concernant la procédure juridique introduite par notre union

⁵ Le 28.09.2016, la ministre De Block a organisé une grande conférence de lancement sur la réforme de l'AR 78. Il y avait 640 participants, parmi lesquels Marc Moens. Le chef de cabinet de l'époque, Pedro Facon, s'est ouvertement exprimé en défaveur de la création débridée de nouveaux titres professionnels dans le domaine des soins de santé. Pour répondre à une question du Prof Chantal Mathieu (KU Leuven) qui promeut les jeunes diplômés en sciences biomédicales, et en réaction à l'avis rendu par la (Vlaamse) Koninklijke academie voor geneeskunde le 24.09.2016 qui recommande la création de la profession de médecin-aide, Pedro Facon a raillé les universités et les hautes écoles qui créent des filières d'études sans réelle perspective professionnelle et qui tentent ensuite d'obtenir la création de titres professionnels en soins de santé.

professionnelle contre la KLAV⁶ au sujet des PST utilisés dans le contexte du trajet de soins du diabétique et que la KLAV a proposé dans le cadre de la prévention du diabète (des tests de glycémie et HbA1c). Le moulin juridique belge tourne de plus en plus au ralenti. Les tests PST peuvent être vendus par les pharmaciens (cela fait des dizaines d'années d'ailleurs que les tests de grossesse sont en vente). L'interprétation des tests et l'accompagnement des patients restent toutefois réservés au médecin. Dans le *Laatste Nieuws* du 03.02.2017 est paru un article sur les nouveaux tests disponibles en pharmacie. Je cite : « Carence en fer? Intolérance au gluten? Allergie? Désormais vous pouvez le vérifier chez vous. Dès la semaine prochaine, pas moins de 25 autotests seront en vente en pharmacie ». « Le pharmacien garantit la qualité, parce que sur internet on ne sait jamais ce que l'on achète », entend-on dans les associations de pharmaciens.

L'union professionnelle en prend acte mais surveille attentivement les officines des pharmaciens: la vente des tests PST ne doit et ne peut pas mener à des pratiques médicales illicites. La réforme de l'AR 78 avec la définition d'un éventuel nouveau rôle plus important pour le pharmacien doit aussi être suivie de près.

Le comité directeur a aussi discuté le compte rendu de la réunion du 30.05.2016 au cabinet de la ministre de la Santé publique, concernant la diffusion des autotests VIH par les pharmaciens d'officine. Le but est de faciliter davantage l'accès des groupes à risque pour que le traitement anti VIH soit entamé plus vite et éviter des contaminations nouvelles. Le but n'est pas de généraliser le test. Le prix de 20 à 30 euros n'est pas remboursé.

La qualité est (seulement) garantie par le label CE et la délivrance dans les pharmacies. Il s'agit d'un test à usage unique et privé. À aucun moment il n'a été question de faire passer ce test dans la cuisine du pharmacien! La distribution n'a lieu qu'en pharmacie. C'est la patient qui réalise le test lui-même (et personne d'autre). Le résultat est de type binaire : « réactif » ou « non réactif ». Si le test est réactif et que l'on prend contact avec le pharmacien, celui-ci renverra le patient vers son médecin traitant ou vers l'hôpital pour une prise de sang et un test de confirmation. Comme la confirmation doit être donnée par un test de 4^e génération, la réponse « réactif » ou « non réactif » est meilleure que « positif » ou « négatif ». Vu qu'il s'agit d'un « patient self testing », la législation POCT en vigueur n'est pas d'application. La responsabilité de la qualité de ce test incombe à l'AFMPS, pas aux biologistes cliniques.

3.1.6. 2016: longue vie à Kafka!

Eh oui, le célèbre auteur vit toujours en 2016 (et vivra encore en 2017 je le crains).

C'est l'administration de la TVA qui a été l'instigatrice d'une intrigue kafkaïenne dans le cadre de la chirurgie esthétique. Depuis lors, les choses se sont enfin clarifiées: non, nous ne devons pas percevoir la TVA sur nos honoraires dans le cadre d'interventions esthétiques. On l'a échappé belle. Le deuxième coup de théâtre vient de la définition des seuils d'activité minimaux pour le maintien du statut social de l'INAMI. Plus de 20 % des biologistes cliniques risquent de perdre leur statut social parce que par hasard toutes les prestations de leur laboratoire sont attestées au nom du directeur de laboratoire... .

Enfin la question de savoir qui paie les prélèvements sanguins dans les hôpitaux a ressurgi très récemment. Notre collègue et ex-sénateur le Dr Louis IDE a posé une question parlementaire à ce propos (questions écrites du Sénat 5-9219 et 5-2872), récemment relayée par Nathalie MUYLLE, représentante de la Chambre et échevine à Roulers pour le CD&V. Il reste évident que ce sujet repose sur une loi totalement ambiguë. D'une part, la nomenclature stipule à l'article 24 §7 que tous les éléments nécessaires à l'obtention d'un résultat sont compris dans les honoraires. L'interprétation a toujours été que le temps consacré et le matériel nécessaire aux prélèvements sanguins sont compris dans les honoraires de la prestation. *AR 9.12.1994" (d'application 1.3.1995): Article 24 § 7. Chaque prestation de biologie clinique comporte l'ensemble des manipulations permettant de réaliser une analyse et de garantir la valeur de son résultat."*

⁶ KLAV: Koninklijke Limburgse Apothekersvereniging – Union royale des pharmaciens du Limbourg

D'autre part, il faut composer avec la loi sur le financement des hôpitaux. Le méga AR du 25.04.2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (MB 30.05.2002 suivi d'une série d'AR de modification) indique notamment dans une de ses annexes (actualisées) que le prélèvement sanguin sert notamment à fixer le score de financement.

Le prélèvement sanguin, comme de nombreuses autres prestations effectuées actuellement par des infirmiers auprès de patients hospitalisés, est financé à partir du budget des moyens financiers (BFM). Le prélèvement sanguin est en effet repris dans l'enregistrement du résumé infirmier minimum (RIM), ce qui implique indirectement que l'acte de prélèvement sanguin est compris dans le BMF vu que le calcul du BMF repose justement sur cet enregistrement RIM.

Dans la grande majorité des hôpitaux, le matériel des prélèvements sanguins dans les départements est mis à disposition par les biologistes cliniques, bien que les prélèvements mêmes soient surtout réalisés par les infirmiers hospitaliers, sans facture supplémentaire pour les biologistes cliniques. Les prélèvements sanguins ambulatoires sont la plupart du temps effectués par du personnel payé par les laboratoires (à l'exception des prélèvements en hôpital de jour et au service des urgences).

3.1.7. 0,8 ETP médecin biologiste

L'union professionnelle se félicite de ce que la ministre n'ait pas cédé sur l'obligation de la présence de 0,8 ETP médecin biologiste par laboratoire agréé⁷: depuis le 01.01.2017, chaque laboratoire de biologie clinique agréé doit disposer d'au moins 0,8 ETP médecin spécialiste en biologie clinique, sinon l'agrément est retiré. Pendant la réunion de la Commission de Biologie clinique à l'ISP du 19 mai 2016, il a été révélé qu'il existe encore 18 laboratoires agréés sur les 142 qui ne sont pas en règle. Entre-temps, ce nombre a diminué et est passé à 4 laboratoires qui ne répondent pas aux normes. Ces 4 laboratoires se situent tous en région francophone d'après la réunion de la Commission de Biologie Clinique du 1^{er} février 2017.

3.1.8. Nouveaux développements

Au-delà des plaintes, la biologie clinique reste une très intéressante discipline, il suffit de penser aux développements foudroyants de la biologie moléculaire avec l'ouverture à une médecine personnalisée. En outre, les défis sociaux ne sont pas des moindres : toutes sortes d'applications santé affluent sur le marché et certaines sont déjà à l'étude avec le soutien budgétaire du gouvernement. Depuis peu, les patients diabétiques de type 1 contrôlent leur glycémie au moyen d'un sticker collé sur l'épaule qui détermine régulièrement leur niveau de glucose. Le besoin de mesure du taux de glycémie à jeun et de courbes journalières disparaît ce qui, d'une part, fait diminuer le nombre d'analyses en laboratoire mais d'autre part accroît la qualité de vie. Nous ne pouvons qu'y souscrire. Avec les traitements aux NOAC, les analyses de PT diminuent elles aussi, ce dont on ne peut que se féliciter.

3.2. En 2017

3.2.1. Quid du budget?

Le nouveau budget 2017 n'est certes pas source d'espoir. De toute façon, la perte de l'index a de nouveau conduit à une nouvelle diminution de rentabilité dans les laboratoires. Le Bureau du Plan prévoit un dépassement de l'index-pivot en mai, et par conséquent à partir du 01.07.2017 notre personnel peut probablement s'attendre à une hausse de salaire de 2 %. Celle-ci ne sera donc pas compensée par une adaptation comparable des honoraires.

⁷ AR du 10.12.2009 modifiant l'AR du 3.12.1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions (MB 13.01.2010)

Entre-temps, le budget 2017 a été fixé⁸. Les soins de santé ont considérablement contribué à la vague d'économies du gouvernement: 903 millions d'euros d'économies sur un budget en soins de santé estimé de 24,693 millions d'euros, soit une économie de 3,66 %.

Sur les 903 millions d'euros d'économies, 209,109 millions sont directement à la charge des médecins sur un budget estimé de 8 348,6 millions d'euros, soit une économie de 2,51 %.

La majeure partie de ces économies sont la conséquence de la retenue de 2/3 de l'index qui aurait dû s'élever à 2,51 %. 1,68 % est retenu et seulement 0,83 % accordé.

Pour la biologie clinique, le gouvernement a déjà décidé les économies suivantes:

- 24,218 millions d'euros : abandon de 2/3 de l'index
- 5,1 millions d'euros: décisions de la Task Force (Toxo, CMV, F II et F V, Her 2)
- 13,301 millions d'euros: récupération du dépassement estimé des dépenses en biologie clinique en 2016

Soit un total de 42,619 million d'euros.

Sur un budget estimé nécessaire en biologie clinique pour 2017 de 1 354,736 million d'euros, cela représente une économie de 3,15 %.

La ministre a fait savoir aux syndicats médicaux qu'ils peuvent librement disposer de la répartition du dernier tiers de l'index. Seule l'ABSyM a exigé une répartition linéaire de cette part restante de 73,092 millions d'euros. Pour la biologie clinique, la discussion porte sur la perte supplémentaire ou non de 12,109 millions d'euros. Finalement, il a été décidé de conserver cette enveloppe pour le financement du DPNI.

Les médecins spécialistes qui tirent leurs revenus des prestations médicales techniques auront cédé 9,3 % de leur index sur la période 2011 – 2017. Pendant cette même période, leur personnel a connu un saut d'index de seulement 2 %.

Comme les hôpitaux sont touchés par une économie considérable (92 millions d'euros pour +/- 100 hôpitaux), il n'est pas impossible que les retenues sur les honoraires médicaux soient majorées.

La norme de croissance réelle du budget des soins de santé n'atteint même pas 0,5 % alors que le bureau du plan estime que les besoins annuels en soins de santé augmentent de 2,2 %.

Conclusion: 2017 sera donc à nouveau une année budgétaire difficile. Avec une sous-budgétisation systématique, nous avons en outre la certitude que les budgets de 2017 et des années suivantes seront de nouveau dépassés et que les économies continueront à aller bon train.

La continuité du système d'accords médico-mutualistes est en jeu.

Le changement du financement des hôpitaux a été et reste largement un sujet d'actualité dans les médias. En substance, il s'agit de tendre vers un système « all-in », donc de remboursements forfaitaires pour certaines si pas toutes les pathologies et leurs traitements. A la demande de l'ex-ministre ONKELINX, le KCE a fourni un effort important en rédigeant son rapport KCE 229 de plus de 400 pages⁹. Il n'y a pas encore de réelles recommandations sur la direction que doit prendre le nouveau financement, elles sont attendues dans les années à venir. Il se peut que beaucoup d'encre coule encore sur la forfaitarisation des honoraires et les biologistes cliniques devront participer activement à ce débat. D'autre part, en raison de l'obligation de création de réseaux, des gains d'efficacité seront peut-être réalisés dans les laboratoires hospitaliers. Bien entendu, cela ira peut-être de pair avec une diminution des possibilités d'emploi. On peut donc s'attendre à ce que les futurs TLM et biologistes cliniques nouvellement agréés aient plus de mal à se faire embaucher.

3.2.2. Évolutions au sein du budget: analyse

⁸ Tous les chiffres proviennent de l'INAMI note CSS 2016/328 d.d. 21.10.2016

⁹ Conceptual Framework for the Reform of the Belgian payment system of hospital care. 26.09.2014

Si on considère les prestations de biologie clinique des articles 3, 18 et 24 (en excluant donc les articles 24bis et 33bis) et leurs honoraires forfaitaires correspondants, on arrive aux conclusions suivantes pour les chiffres extrapolés de 2016 (sur la base des chiffres de la situation INAMI au 2016T3). Les chiffres définitifs 2015 sont pris en comparaison.

Dans le budget ambulatoire, 32,98 milliards de B ont été prestés (4,85% de plus qu'en 2015). Dans le budget hospitalisation, on compte 12,17 milliards de B (2,63% de plus qu'en 2015). Ces prestations ont respectivement coûté à l'INAMI 253,24 et 93,12 millions d'euros (donc sans la part honoraires forfaitaire), soit respectivement 1,18 % et 2,38 % de moins qu'en 2015. On prescrit donc de plus en plus. Mais comment expliquer la diminution des dépenses par acte? En 2016, un certain nombre d'économies ont été plus rapidement mises en application, telle que par exemple, la diminution du budget de biologie clinique de 20 millions d'euros sur base annuelle. Cela devait se concrétiser par une diminution de l'enveloppe du budget ambulatoire de 40 millions d'euros et une augmentation du budget hospitalisation de 20 millions d'euros. Comme cela devait passer conjointement par une diminution des honoraires forfaitaires par prescription et une augmentation des honoraires forfaitaires par prise en charge, un Arrêté Royal était nécessaire pour modifier les honoraires forfaitaires par prescription (d'ailleurs, aucune lettre-clé ne leur est attribuée). La publication des Arrêtés Royaux demande du temps (6 à 9 mois) alors que l'économie devait rapidement affecter le budget. C'est pourquoi, on a choisi de faire diminuer de 11,20 % la lettre-clé B pour les prestations des articles 3, 18 & 24 (passant de 0,032613 à 0,028960 euro par B). Cela est entré en vigueur le 1^{er} avril 2016. À la même date, les honoraires forfaitaires par prise en charge augmentaient de 7,73 % par l'augmentation de 7,73 % des valeurs des différentes lettres clés F à partir du 1^{er} avril 2016 (prestations 591135-591146, 591091-591102, 591113-591124, 591076-591080 & 591603). La valeur de la lettre-clé Q (pour la prestation 591603) a aussi été augmentée. Ultérieurement, les valeurs de la lettre-clé B des prestations des articles 3, 18 & 24 seraient de nouveau revalorisées. Cependant, on a choisi de continuer à réaliser une partie des 40 millions d'économies à travers la lettre-clé B. Les 30 millions restants seraient économisés via l'honoraire forfaitaire par prescription. Cette dernière phase est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

En résumé:

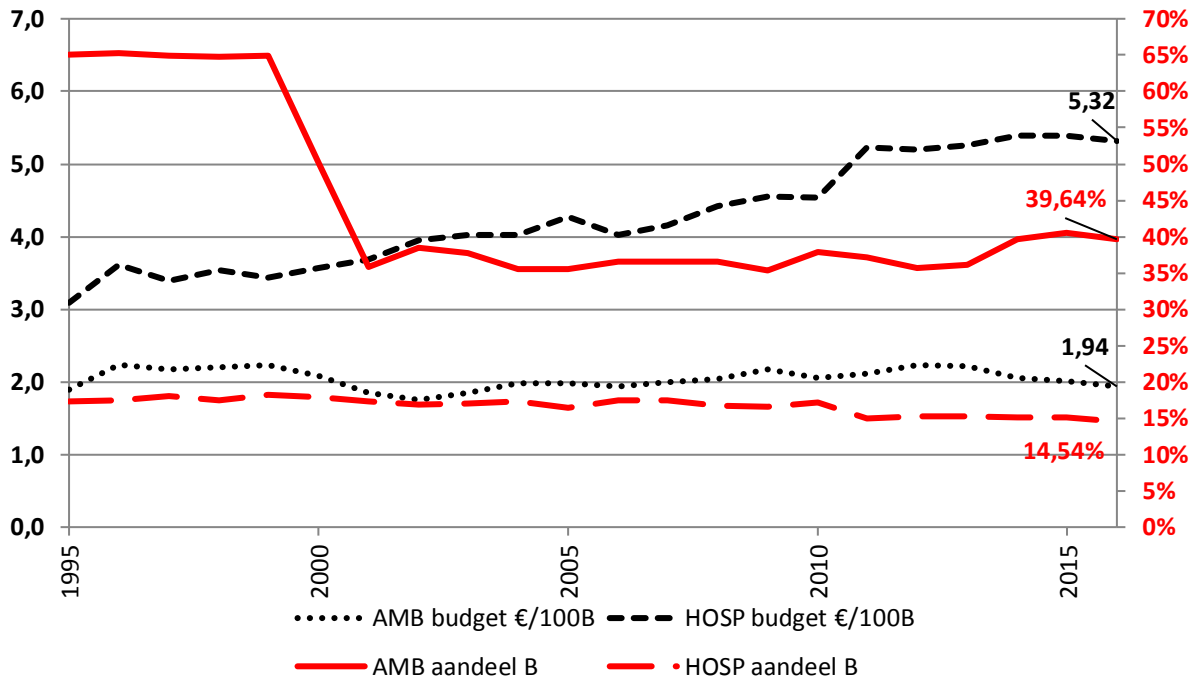
- 1) Le conseil des ministres avait demandé une économie (supplémentaire); initialement 13,301 millions €, corrigés par 9,528 millions €, soit 3,773 millions € net.
- 2) L'économie sur le CMV et la Toxoplasmose, pour laquelle un Arrêté Royal est en attente, a pour conséquence qu'une économie supplémentaire de 2,672 millions € par an doit être provisoirement générée.
- 3) Dans l'attente de l'Arrêté Royal qui doit abolir l'indexation (automatique) des honoraires forfaitaires (de 0,83 %), 3,906 € millions sont économisés sur base annuelle.
- 4) Restent 10 millions € (sur les 40 millions €) économisés sur la valeur de la lettre-clé B aux articles 3, 18 & 24.

Toutes ces mesures ont entraîné une diminution de 11,20 % de la valeur de la lettre-clé B pour les articles 3, 18 & 24 au 1^{er} avril 2016, qui n'a été réévaluée que de 6,59 % le 1^{er} janvier 2017.

Si on considère les chiffres du 3^e trimestre 2016, y compris les honoraires forfaitaires respectifs (mais toujours sans les articles bis), on constate que la biologie ambulatoire et hospitalière ont coûté à l'INAMI respectivement 638,88 et 647,13 millions €, soit 1,05% et 1,30% de plus qu'en 2015. Si on considère ces chiffres d'un autre point de vue, le coût imputé à l'INAMI pour 100 B prestés est égal à 1,94 € dans le budget ambulatoire (3,62 % de moins qu'en 2015) et à 5,32 € dans le budget hospitalisation (1,29 % de moins qu'en 2015). Globalement, on arrive à 2,85 € (2,94 % de moins qu'en 2015). Le pourcentage des dépenses liées aux prestations s'élève à 39,64 % dans le budget ambulatoire et à 14,54 % dans le budget hospitalisation. Globalement, le pourcentage du remboursement de l'INAMI relatif aux prestations s'élève à 27,01 % (diminution de 2,65 % par rapport à 2015).

Rentrées €/100B et pourcentage prestations dans rentrées

Source : Chiffres INAMI 2016T3, budget Amb & budget Hosp (à l'excl. Art 24bis et 33bis)

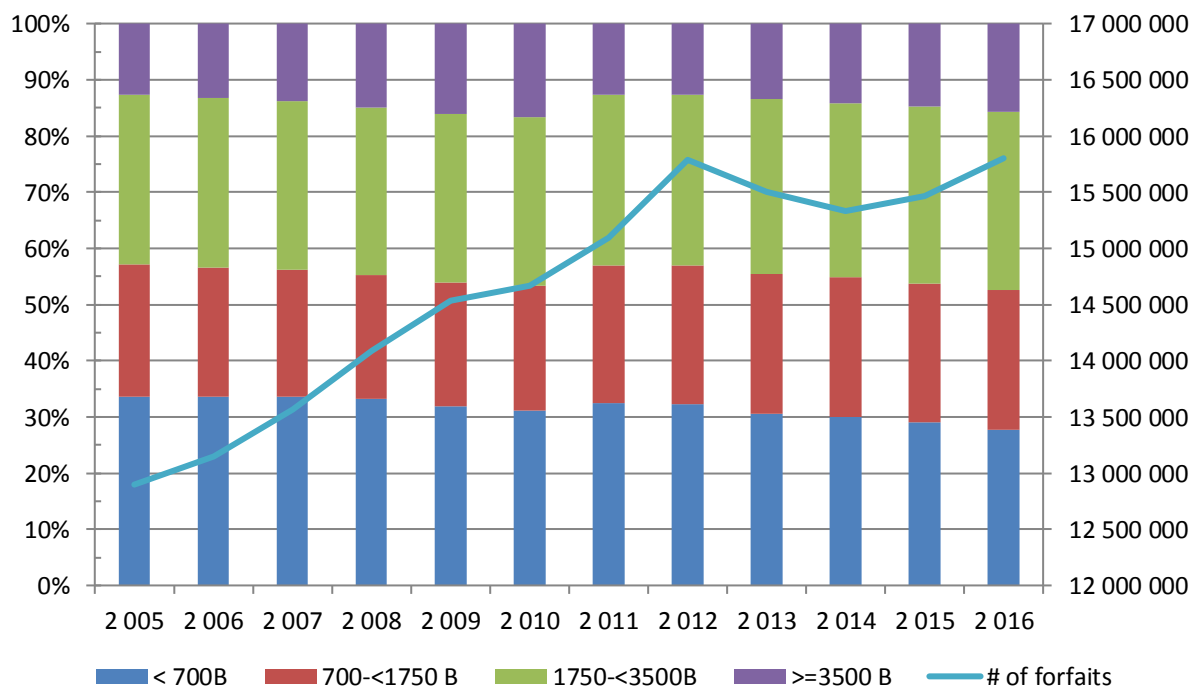


La rupture de tendance de 2013 (moins d'honoraires forfaitaires ambulatoires) a entre-temps complètement disparu. On se retrouve au même niveau qu'en 2012.

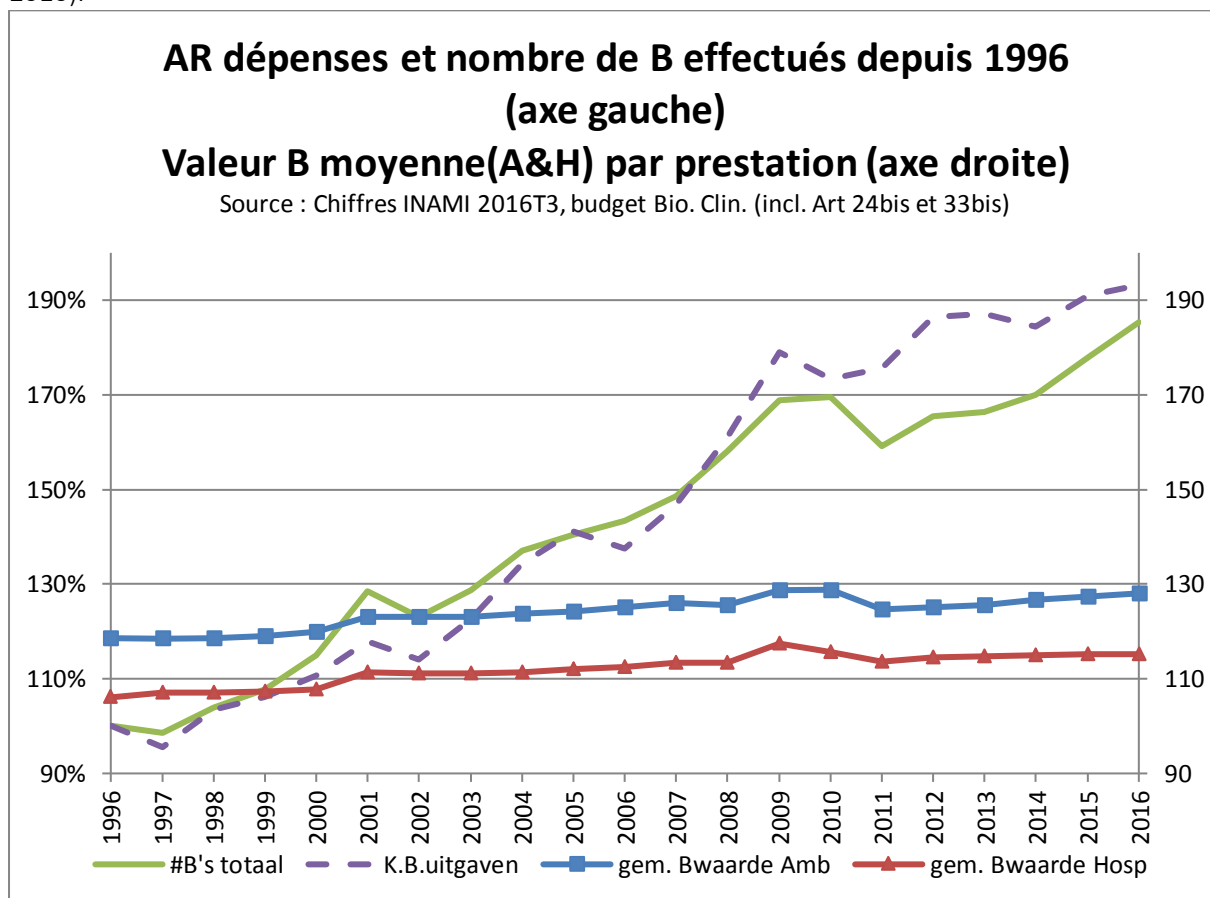
Honoraires forfaitaires Amb depuis 2005

Répartitions et chiffres

Source : Chiffres INAMI 2016T3



La tendance historique d'une petite augmentation annuelle régulière de la valeur B moyenne reste stable (à l'exclusion, logiquement, de la période suivant directement la task force revalorisation fin 2010).



Dans tous les chiffres précédents, il n'est pas tenu compte des articles 24bis, 33bis ni du ticket modérateur.

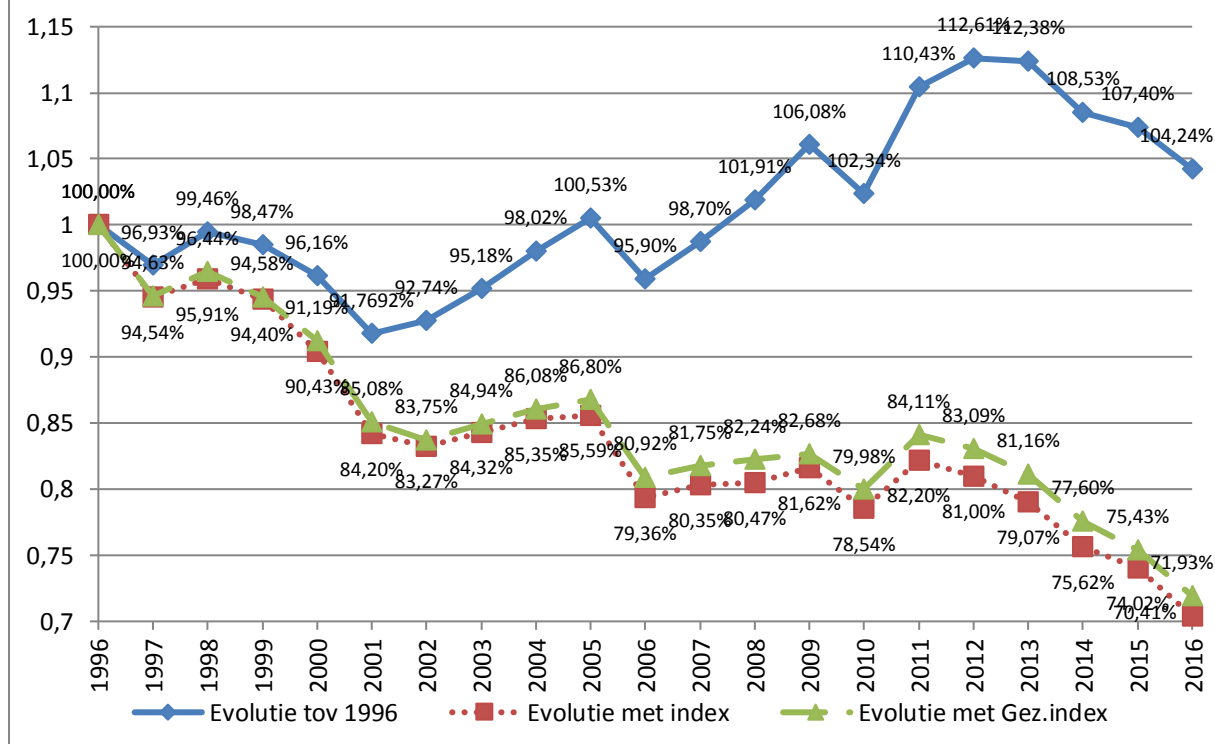
Bien que les chiffres (extrapolés) des dépenses de 2016 n'aient pas provoqué de grands écarts, les effets de la vague d'économies sont sensibles. Plus de prestations sont réalisées mais moins remboursées. Les médecins prescrivent toujours des tests plus onéreux et leurs demandes sont plus importantes.

L'enveloppe 2016 se montait à 1 279 875 milles €. À peine 0,05 %, soit 636 milles euros de plus que le budget 2015. D'après ces chiffres provisoires, 12 845 milles euros en trop ont été dépensés (1,00 %). Pour le budget ambulatoire, 626 544 mille euros avaient été prévus et les dépenses devraient s'élever à 643 190 milles euros, soit 16 646 milles euros de plus ou un dépassement de 2,66 % du budget. En revanche, dans le budget hospitalisation, l'enveloppe était de 653 331 milles euros et 649 531 milles euros ont été dépensés, soit une sous-utilisation de 3 800 milles euros ou 0,58 %.

En outre, nous constatons encore que le remboursement moyen par B a continué à diminuer en 2016 et que par rapport à 1996, nous subissons une perte de notre pouvoir d'achat de 29,59 %.

Remboursement par B presté depuis 1996

Source : Chiffres INAMI 2016T3, budget Clin.Bio. (incl. Art 24bis et 33bis)



Les prestations de l'article 18 continuent à dégringoler (en 2016, 20,07% de moins qu'en 2015). Elles ne représentent plus que 0,16% de toutes les prestations.

En observant, l'article 24bis, on constate que cet article a généré 9,40 % de dépenses en plus et l'article 33bis, 1,59 % de dépenses en plus.

Comme l'INAMI a fait preuve de créativité pour adapter les lettres-clés en 2016, la précision des chiffres calculés est plus aléatoire.

3.2.3. Attractivité de l'union professionnelle

Les statuts de l'union professionnelle ont été enfin revus lors de l'assemblée générale extraordinaire du 24.02.2015. L'objectif était notamment de faciliter l'adhésion de nouveaux membres en simplifiant la lourde procédure d'approbation. Il est absolument nécessaire d'attirer des membres suffisamment jeunes, non seulement pour conserver la représentativité de l'union professionnelle mais aussi son dynamisme. Nous avons vraiment besoin de jeunes collègues qui siègent dans les nombreux conseils, commissions, groupes de travail... sinon nous risquons d'être mis hors-jeu. Aussi, nous nous félicitons qu'entre-temps, un certain nombre de jeunes médecins aient intégré l'union professionnelle.

4. Compte rendu du trésorier, le Prof A. Verstraete

Après pas mal de tracasseries administratives causées par la banque, le Prof A. Verstraete qui a été nommé nouveau trésorier pendant l'assemblée générale de 2016, a été mandaté pour la gestion des

comptes. Son compte rendu fait apparaître un solde positif des comptes. Après la contribution au GBS, les dépenses les plus importantes sont entraînées par les frais d'avocats (4 700 euros).

Au 31.01.2017, notre union professionnelle compte 108 membres payants.

Étant donné la bonne santé de la situation financière, le trésorier propose de ne pas changer la cotisation des membres : 248 euros pour le montant total, 25 euros pour les médecins-assistants, 125 euros pour les médecins agréés depuis moins de 5 ans et 75 euros pour les pensionnés.

La réunion vote en faveur de cette proposition, approuve par la même occasion les comptes 2016 et accorde la décharge au comité directeur à l'unanimité.

5. Discussion du rapport du secrétaire

Tout d'abord, on réfléchit à l'exposé du Dr. LIEVENS qui fait notamment allusion au nombre trop élevé de lits d'hôpitaux en Belgique. Pourtant, tous les membres présents sont confrontés, à l'exemple de cet hiver, à des hôpitaux bondés et à l'ajournement des interventions programmées. En outre, les initiatives prises pour faire passer les soins hospitaliers à l'extra muros ne progressent pas. Par exemple, les « OPAT » (Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy), initiative visant à ce que les antibiotiques parentéraux soient administrés extra muros aux patients atteints d'ostéomyélite notamment. De même, le renvoi prématuré des mères de nouveau-nés après leur accouchement est tout sauf un succès et entraîne une augmentation du nombre de nouvelles prises en charge des nouveau-nés. Ces exemples démontrent qu'une diminution du nombre de lits n'est seulement possible que si la première ligne est aussi restructurée et reçoit plus de moyens.

On approfondit aussi les points soulevés par le secrétaire. Ainsi, on évoque de nouveau le scénario kafkaïen de la limitation du statut social et la double casquette des mutualités qui d'une part doivent veiller au budget alors que d'autre part, elles exploitent des pharmacies. On s'interroge aussi sur le fait que lorsque des économies sont réalisées seulement via la clé B, les laboratoires qui travaillent exclusivement en sous-traitance sont encore plus lourdement impactés. En dépit de l'affiliation d'un certain nombre de nouveaux membres, le recrutement reste une priorité de premier plan en 2017. On a finalement obtenu la présence obligatoire de 0,8 ETP médecin biologiste clinique dans tous les laboratoires agréés, ce qui confirme notre rôle dans la défense professionnelle et donne un exemple parfait de notre utilité aux jeunes membres potentiels qui profiteront des fruits de cette mesure.

On propose d'organiser une autre table ronde avec les pathologistes anatomistes. Cela renforce notre position tant vis-à-vis des pharmaciens que des généticiens. Le Dr Michel LIEVENS lance une initiative à cet égard. Un membre a reçu un courrier dans lequel les officines de pharmacien annoncent une formation en « interprétation des tests cliniques »... La défense professionnelle reste donc indispensable!

Enfin, on se penche sur la nouvelle directive pratique s'appliquant aux laboratoires médicaux, élaborée par un sous-comité de la Commission de biologie clinique. Cette directive est en cours de finalisation et brille par sa dérive réglementaire. Peut-on parler de « pharmaceutisation de la biologie clinique »? L'union professionnelle entreprendra des actions par l'intermédiaire des Drs Marc MOENS et Alain DEROM pour une autre révision de ce document.

6. Divers

La commission d'agrément des Technologues de laboratoire médical francophones doit s'élargir avec deux membres (francophones) de l'union professionnelle, à la demande du ministre Rudy DEMOTTE de

la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette commission d'agrément se réunit environ six fois par an et le jeton de présence vaut 10 euros. Les candidatures doivent être introduites pour le 1^{er} mars.

Dr H. LOUAGIE,
Secrétaire

Dr M. MOENS,
Vice-Président

Dr M. LIEVENS,
Président