

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 7 / OCTOBRE 2001**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## "ON"

"On" est un système très ancien qui s'inscrit avec toutes ses réalités et responsabilités contradictoires dans des origines historiques sur lesquelles sont venues et viennent régulièrement se greffer de nouvelles pièces rapportées sous la forme de lois et règlements adoptés par les gouvernements successifs. "On" est étroitement imbriqué dans la technologie juridique raffinée de la loi sur les hôpitaux et de la loi sur les S.S.I. Nous faisons allusion au système, qui n'arrête plus de prendre de l'ampleur, des retenues qu'"on" fait sur les honoraires des médecins hospitaliers. "On" repose sur des illogismes politiques inéquitables et néfastes en vertu desquels toute défaillance du financement des hôpitaux dans le chef des autorités est répercutée sur les médecins.

Cet arrogant usage du pronom "déviateur" est inéquitable parce que les autorités continuent à considérer les moyens largement insuffisants qu'elles réservent au financement de l'activité médicale comme des cotisations de sécurité sociale complémentaires servant à couvrir ses propres défaillances au niveau du financement du secteur hospitalier. Le gouvernement VERHOFSTADT et sa norme budgétaire figée poussent ce système jusqu'à l'absurde en amorçant simultanément un mouvement perpétuel d'opérations réagissant aux clignotants, en initiant un déficit structurel des hôpitaux estimé à 17 milliards, qui est voué à gonfler inexorablement, et en instaurant une norme de croissance s'appuyant sur un vide politique, bien en deçà des besoins réels de soins en augmentation.

Alors, "on" devient franchement néfaste parce que, dans ce scénario extrême, les priorités médicales n'ont pas la moindre chance et doivent céder le pas à la nécessité de survie économico-financière des institutions de soins. L'"évidence" du management de survie pèse de tout son poids sur absolument toutes les décisions médicales, même les plus minimes. Un petit exemple. En décembre 2000, le ministre des Affaires sociales a prononcé une allocution dans laquelle il parlait en faveur de règles pour fonder le choix entre hospitalisation classique et hospitalisation de jour sur des raisons médicales plutôt que financières. Il y a moins d'un mois, un gestionnaire d'hôpital a écrit une lettre à ses chirurgiens pour les enjoindre à prendre des mesures pour que certaines interventions ne soient plus effectuées qu'en hôpital de jour car, dans le cas contraire, son hôpital serait sévèrement sanctionné sur le plan financier.

Le pire, c'est encore que le gouvernement VERHOFSTADT se tourne précisément maintenant vers la Chambre avec un projet de loi créant une fois de plus des droits juridiques autorisant des prélèvements sur les honoraires (*un nouveau §5 de l'art. 140 de la loi sur les hôpitaux*). Et pas des moindres ! Les droits contractuels du médecin individuel sont tout bonnement balayés à partir du moment où ils ont un quelconque rapport avec ses conditions financières (*les accords financiers entre le gestionnaire et le conseil médical sont automatiquement contraignants*). Le médecin

devient juridiquement "on". Le caractère **inéquitable** et **néfaste** est totalement maître du jeu. Inéquitable parce que, pour tout autre citoyen de ce pays, un contrat individuel engage les parties prenantes. Néfaste parce qu'il suffit pour le gestionnaire d'adresser une question financière au Conseil médical pour astreindre le médecin concerné à un assujettissement économique. Mais quiconque ose lever le voile sur ce que cela pourrait signifier, déclenche une vague d'indignation. Car seuls les médecins peuvent être tenus responsables du... "on".

Luc Vanderkelen, rédacteur en chef de "Het Laatste Nieuws", le journal très populiste qui est le plus lu en Flandre, a déclaré, dans sa rubrique "Onze Opinie" du 19.9.2001 de ce "tabloïde" qui est généralement automatiquement associé aux libéraux flamands, que les médecins spécialistes grévistes fuyaient leurs responsabilités. Nous citons : "De dokters gebaren van kromme haas. De regering moet de huisartsen maar dwingen om minder onderzoeken aan te vragen, is hun stelling. "Wij zijn uitvoerders" zeggen de stakende specialisten. "Wij zijn uitvoerders". Ja, dat zei dokter MENGELE ook. Het is een lafhartige redenering. Medici horen hun verantwoordelijkheid op te nemen. ...." (*Nous traduisons : Les docteurs feignent de ne rien savoir. Le gouvernement n'a qu'à obliger les généralistes à demander moins d'exams, disent-ils. "Nous sommes des exécutants", proclament les médecins grévistes. "Nous sommes des exécutants". Oui, c'est aussi ce que disait le docteur MENGELE. C'est un raisonnement lâche. Les médecins doivent prendre leurs responsabilités...*)

C'est un raisonnement lâche dont fait montre Vanderkelen en risquant sur le papier un non-sens aussi ignoble établissant une comparaison avec les bourreaux nazis. Une manifestation flagrante de l'estompement des normes éthiques qui ne fait pas honneur au journal qui emploie son auteur.

"On" peut donc également faire l'objet de tous les reproches, peu importe qu'ils soient condamnables. Pourvu qu' "on" vise les médecins.

---

## AUDITION CONCERNANT LE FINANCEMENT DES HOPITAUX

### Commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société de la Chambre des représentants

Bruxelles, le 25 septembre 2001

#### Commentaires concernant le projet de loi sur les soins de santé

Dr Marc Moens, vice-président de l'ABSyM

Mesdames et Messieurs les Représentants et les Sénateurs,  
Mesdames et Messieurs,  
Chers Confrères,

Avant toutes choses, je dois vous prier d'excuser le Dr Jacques de Toeuf, président de l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM), qui fait en ce moment même, à l'occasion d'une réunion scientifique internationale en Italie, un exposé sur l'organisation de la formation médicale permanente comme elle a été mise en place en Belgique dans le cadre d'une concertation jusqu'à présent habituelle entre les médecins, les mutuelles et les autorités.

Egalement au nom du Dr de Toeuf, je tiens à vous remercier de nous avoir invités.

Le projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé (doc 50 1376/001) apporte des modifications entre autres à la loi sur l'INAMI et à la loi sur les hôpitaux. Le volet financement des hôpitaux, au sujet duquel il plaît à la Chambre de solliciter notre point de vue, concerne non seulement la fixation du budget des moyens financiers à disposition des institutions de soins, mais aussi des dispositifs ayant trait au financement du matériel ou des services médico-techniques

lourds, et au financement de prestations de l'article 34 de la loi INAMI effectuées dans des hôpitaux. Ces différents points doivent donc être rencontrés dans notre commentaire.

### La première partie de notre argumentation porte sur les modifications de la loi sur l'INAMI

#### **Article 5**

Cet article modifie l'article 52 de la loi sur l'INAMI qui régit la conclusion d'accords entre les organismes assureurs et les prestataires de soins demandant que leurs prestations soient financées par un système forfaitaire.

Une lacune dans le système actuel qui n'est pas comblée par les modifications de la loi proposées concerne le problème de la continuité des soins. Lorsque des avis sont rendus concernant des accords à conclure au sein du Comité de l'Assurance, les rangs des médecins font régulièrement remarquer que soit les prestataires concernés, dans ce cas les généralistes, sont domiciliés à une telle distance de leur pratique médicale qu'ils peuvent difficilement assurer la continuité des soins, soit que le territoire couvert par l'accord est à ce point étendu que la continuité des soins est également impossible. La remarque formulée par l'administration de l'INAMI qui dit que le contrôle du respect de cette obligation déontologique revient à l'Ordre des médecins est correcte, mais selon nous, il vaut encore toujours mieux prévenir que guérir. C'est pourquoi nous demandons avec insistance qu'une disposition en ce sens soit insérée.

#### **Article 7**

Cet article modifie une fois de plus l'article 51 complexe de la loi sur l'INAMI concernant les objectifs budgétaires globaux et partiels annuels. Son application est mieux connue sous le nom du "système des clignotants" (A.R. du 5.10.1999, M.B. du 9.11.1999).

Dans le § 2, alinéa 5, le terme "attendu" est maintenant ajouté. Désormais, non seulement le dépassement constaté sur une base annuelle suffit pour qu'il y ait des réductions de tarif automatiques, il en va également ainsi avec un dépassement "attendu". Sur la base de quels paramètres? Cette modification de la loi sera-t-elle appliquée de manière sélective pour certains secteurs?

De même, l'ajout d'un troisième et d'un quatrième alinéas au § 4 suscite des interrogations concernant l'orthodoxie prévalant à la fixation d'un objectif budgétaire. C'est comme si on entendait inscrire dans le texte de la loi que l'on fixera toujours des budgets trop justes et que, si selon toutes attentes, l'objectif est une nouvelle fois dépassé, la commission du contrôle budgétaire de l'INAMI procédera à des réductions tarifaires d'office à un moment choisi arbitrairement.

Le *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* de Van Dale donne trois définitions au terme "begroting" (budget) : 1/ raming, m.n. voorlopige berekening van de kosten van een te maken werk; 2/ raming van de kosten van een lands-, gemeentebestuur over een toekomstig tijdperk; 3/ wetsontwerp waarbij de staatsuitgaven, en de middelen om daarin te voorzien, jaarlijks worden vastgesteld.

Si le Gouvernement peut ou veut octroyer des moyens inférieurs aux besoins, il ne peut pas répercuter systématiquement le dépassement des budgets correspondants sur les dispensateurs de ces soins. Les Autorités ne peuvent pas créer de fausses attentes dans la population en promettant ou en approuvant le remboursement de certains soins si aucuns moyens ou des moyens insuffisants sont prévus pour les réaliser.

#### **Article 8**

Cet article modifie l'article 56bis de la loi INAMI. Il permet au Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, de fixer un budget global de moyens financiers pour soit l'ensemble de l'activité de l'hôpital, soit une partie de l'activité de l'hôpital, soit l'activité effectuée dans le cadre d'un programme de soins. La formulation d'origine prévoyait expressément que cette possibilité offerte au Roi pouvait être exécutée « dans le respect des procédures existantes » en particulier en ce qui concerne les accords et conventions. Cette disposition disparaît aussi bien du §1er que du §4.

Dans le présent Projet, le Roi définit également pour quelles prestations et pour quel(s) hôpital(aux). Nous ne sommes plus dans un système, mais dans une casuistique individuelle définie par le Roi. Ceci peut être réalisé en accordant moins de moyens aux hôpitaux présentant une certaine caractéristique, et plus de moyens à des hôpitaux ayant une autre caractéristique. Un arbitraire déguisé devient plus commode que jamais.

L'article 8 remplace le respect des procédures existantes par, dans le §4, les mots « après avis du Comité de l'assurance ». D'une manière générale, l'ABSyM se demande pourquoi le système des accords et conventions doit être démantelé. Le Comité de l'assurance a en effet déjà une voie décisive en la matière. N'est-il pas plus démocratique d'entériner des conventions plutôt que d'imposer des décisions du pouvoir exécutif après une consultation non contraignante d'une instance consultative? Cette mesure ne fait pas honneur à la démocratie.

L'ABSyM trouve dans cette modification beaucoup de raisons de s'inquiéter. La modification proposée par le ministre des Affaires Sociales a pour effet d'empêcher la Commission nationale médico-mutualiste de donner son avis en ce qui concerne les médecins, et en outre permet de déroger au contenu des accords nationaux, même si ceux-ci ont été approuvés, en fixant des modalités de financement particulières pour l'activité médicale d'un hôpital déterminé hors cadre de l'accord. D'une façon totalement arbitraire. Si c'est ce que le ministre souhaite, il faut alors que le Ministre annonce clairement ses intentions : s'il veut retirer à la commission médico-mutualiste sa compétence en matière d'intervention de l'assurance pour les soins médicaux dispensés aux patients hospitalisés, qu'il le dise. Cette proposition est en contradiction formelle avec la volonté clairement manifestée par le Ministre d'instaurer la responsabilisation, financière et autre, des prestataires, et avec la demande répétée qu'il a adressée à la Commission nationale médico-mutualiste de contribuer à concevoir des systèmes de maîtrise des dépenses.

Nous estimons dès lors que l'article 56bis doit être maintenu dans sa formulation actuelle. Nous sommes d'avis que ce maintien constitue une contribution importante au respect de la démocratie belge.

### **Article 9**

Cet article porte sur une modification à la complexité déjà évoquée à l' "Article 7" de l'article 51 de la loi sur l'INAMI. Pour l'ABSyM, cela n'a aucun sens. Dans un fouillis indescriptible de dispositions, la loi sur l'INAMI prévoit déjà deux grandes catégories de systèmes automatiques de réductions tarifaires linéaires provisoires. Quel est l'objectif de cette nouvelle mesure? Que les deux systèmes de récupération peuvent être appliqués simultanément aux mêmes prestations visées aux articles 59 ou 69, pour un même dépassement budgétaire, risque de dépassement budgétaire ou risque attendu de dépassement budgétaire? Tant l'art. 51 que les articles 59 ou 69 prévoient désormais la fixation du montant à restituer. L'intention ne peut quand même pas être de porter en compte deux fois la même restitution.

### **Article 10**

L'article 10 introduit un article 64bis dans la loi INAMI. L'insertion de cet article correspond, logiquement, à la multiplication des situations dans lesquelles un financement mixte est accordé au matériel et services médico-techniques lourds. En effet, nous connaissons, pour certaines prestations, un financement de l'investissement et des frais de fonctionnement au travers du budget des moyens financiers de l'hôpital, et un financement partiel complémentaire au travers des honoraires et de la nomenclature, c'est-à-dire des honoraires pour l'acte médical proprement dit. Il va de soi, que si un nouvel appareillage est financé en partie par le budget de l'hôpital, il faut réduire à due proportion, les honoraires correspondants de la nomenclature. Cela a été récemment le cas pour le PET-scan au travers du système des accords médico-mutualistes. Par contre, le dernier alinéa du nouvel article oublie de préciser que cela doit être effectué proportionnellement. Le Roi a maintenant aussi la possibilité de modifier les règles fixées conformément à la réglementation et aux accords.

Le dernier alinéa du nouvel article 64 bis donne dès lors au Roi des pouvoirs exorbitants, lui permettant, de fixer des règles plus précises pour l'application de cet article.

## **Article 15**

Cet article modifie l'article 197 § 4 concernant la responsabilité financière des organismes assureurs. Alors qu'il est logique que cette responsabilité soit supportée en partie lorsque les dépenses dépassant l'objectif budgétaire sont le résultat d'un rythme de comptabilisation inhabituel dans les dépenses – remarquons que les organismes assureurs et les services de facturation des hôpitaux en sont généralement responsables alors que c'est très rarement le cas du prestataire individuel – il est tout aussi logique de prévoir une telle clause dans l'article 51 de la loi existante sur l'INAMI. Il est totalement inacceptable que les honoraires ou autres rémunérations des prestataires individuels soient revus à la baisse lorsque le dépassement de l'objectif budgétaire est la conséquence d'un "rythme de comptabilisation inhabituel".

A ce propos, il convient également d'indiquer que la responsabilité financière des organismes assureurs a déjà été neutralisée en grande partie par les modifications répétées de l'article 51 de la loi sur l'INAMI, et plus particulièrement par les lois du 24.12.1999, du 12.8.2000, du 2.1.2001 et du 19.7.2001. Ces modifications ont effectivement pour effet que les dépassements des budgets des honoraires des dispensateurs leur sont imputés intégralement. Le système de la responsabilité financière des organismes assureurs connaît également une possibilité de bonification en marge d'une éventuelle récupération. Ce système n'est pas prévu dans l'article 51. Les organismes assureurs, d'une part, et les dispensateurs, d'autre part, sont dès lors traités différemment par le législateur, alors que celui-ci entend les responsabiliser tous deux financièrement.

*La deuxième partie de notre exposé porte sur l'examen d'un certain nombre de modifications apportées à la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.*

## **Article 51**

La modification de l'article 5 de la loi sur les hôpitaux permet de considérer comme hôpitaux, les établissements psychiatriques fermés et les établissements médico-pédagogiques. Les implications doivent être claires. Le financement des établissements psychiatriques fermés est en partie à charge du ministère de la Justice. Faut-il croire que l'entièreté du financement et des conditions de pratique qui règnent dans ces établissements, sera donc à l'avenir du domaine de la Santé Publique? Les établissements médico-pédagogiques connaissent un financement des prestations médicales sous forme de forfait inspiré de la rééducation fonctionnelle, forfait payé au travers du budget de l'INAMI. Y aura-t-il dans ce secteur un transfert de budget, comme celui qui est programmé pour l'hospitalisation de jour chirurgical ?

## **Article 53**

Il réintroduit un article 9ter dans la loi sur les hôpitaux, après annulation de la formulation précédente par la Cour d'arbitrage. Le nouveau texte est seulement un toilettage pour répondre aux motivations de l'arrêt de la Cour d'arbitrage. Le § 2 permet, dans une interprétation large, d'incorporer dans un circuit ou un réseau de soins des groupes cibles de patients qui se trouvent pour l'essentiel traités aujourd'hui dans le secteur ambulatoire extra-hospitalier. La volonté du Ministre est-elle de raccrocher au wagon hospitalier, dans une optique hospitalo-centrique contestable et dangereuse, des pans entiers de l'activité médicale ambulatoire, aussi bien dans le domaine de la médecine générale que dans celui des soins spécialisés extra-hospitaliers. Et que reste-t-il de la liberté individuelle de mouvement du patient dans les "parcours de soins" de ces réseaux et circuits?

Le concept circuit de soins et réseau de soins peut être étendu aux patients psychiatriques, aux malades diabétiques, aux patients cardiaques, etc. Quelle devient alors la position du médecin généraliste dans les soins?

Cet article 53 nous paraît totalement inutile et de plus dangereux.

### **Article 61**

Il modifie l'article 40 de la loi sur les hôpitaux en ce sens qu'il interdit l'exploitation d'un appareillage médical lourd sans autorisation préalable des autorités. Le projet ajoute que l'autorisation est requise même lorsque l'initiateur ne fait pas appel à l'intervention financière des autorités subsidiantes, et même si l'investissement a lieu en dehors de l'hôpital. Nous pouvons admettre, et encore avec réticence, que l'intervention de l'autorité publique dans les frais d'installation, de fonctionnement, et le remboursement par l'INAMI, de matériel lourd puissent être soumis à différentes conditions. Nous ne pouvons admettre qu'on interdise à un médecin, à un groupe médical ou à une institution de soins de prendre l'initiative d'installer un appareil médical "lourd" – quel qu'il soit pourvu qu'il signifie un plus diagnostique ou thérapeutique prouvé pour les patients – qui fonctionne sans demander un financement public et sans recourir à une demande de remboursement par le biais d'attestations de soins. Nous souhaitons voir compléter l'article 61 par un deuxième alinéa qui se lirait comme suit « les dispositions prises à l'alinéa 1er ne s'appliquent pas au cas où l'appareillage est installé et exploité sans recourir à des demandes de subsides et où il n'est pas introduit de demande de remboursement auprès des organismes assureurs ».

Cela nous semble un droit évident du patient de permettre au citoyen belge de bénéficier dans notre pays de certaines nouveautés en matière de diagnostic et de thérapie car, dans le cas contraire, il devrait se rendre à l'étranger.

### **Article 63**

Cet article modifie l'article 41 de la loi sur les hôpitaux et porte sur l'appareillage médical lourd. Même remarque que pour l'article 61. Il ne peut s'appliquer que vis-à-vis d'appareillages médicaux lourds qui sont installés et exploités dans le cadre de cette législation sur les hôpitaux et la loi INAMI. Cet article ne peut concerner des appareillages installés librement et exploités en dehors du système de Sécurité Sociale.

### **Articles 64 et 65**

Ces articles portent modification des articles 44 et 44ter de la loi sur les hôpitaux. L'entièreté de cette sous-section 3 concerne les services médicaux et les services médico-techniques. Ce projet va totalement à l'encontre des propositions récemment déposées par l'ABSyM et qui visent à assurer une meilleure maîtrise des dépenses des prestations de santé dans le secteur hospitalier. L'ABSyM est en effet d'avis qu'à cette fin, il est essentiel d'étendre le rôle de la Commission nationale médico-mutualiste. Nous estimons que ces articles devront être réécrits rapidement en totalité.

### **Article 86**

Cet article modifie l'art. 94 de la loi sur les hôpitaux avec l'introduction de la notion de "budget des moyens financiers de l'hôpital" qui remplace le prix de journée. La formulation du deuxième alinéa est toutefois ambitieuse : "Le Roi définit les coûts visés à l'alinéa 1er". Le Roi ne l'a encore jamais vraiment fait à ce jour, de sorte qu'il devrait maintenant commencer à zéro. Il y a fort à craindre qu'il ne sera jamais réellement possible d'élaborer une liste exhaustive des coûts auxquels doit pouvoir faire face une entreprise aussi multifonctionnelle que ne l'est l'hôpital. Du reste, il en résulterait une énumération incroyablement longue. Jusqu'à présent, ce problème a été résolu par l'article 95, qui n'est d'ailleurs pas modifié et qui indique les frais qui ne sont pas compris dans le budget. Même si c'est moins ambitieux, il serait probablement plus opportun d'écrire : "Le Roi peut définir ....".

### **Article 88**

Cet article remplace l'article 97 de la loi sur les hôpitaux. En ce qui concerne la fixation des paramètres d'activités comme condition au financement des normes d'agrégation, nous pensons que les volumes de prestations de santé doivent de toute façon être exclus. Dans l'Exposé des

motifs, il y a cependant une suggestion claire en ce sens : "doit s'accompagner d'une activité suffisante (troisième alinéa)", "étant donné que l'*activité justifiée* (quatrième et cinquième alinéas)" et c'est explicité dans le septième alinéa avec "entre autres la durée de séjour, l'admission, le degré d'hospitalisation de jour, le comportement en matière de prescription et les actes médicaux en général".

Ce type de dispositions contribue à l'augmentation du volume des prestations. Or c'est justement ce que les médecins veulent éviter à tout prix (cf. également nos remarques concernant les articles 64 et 65).

L'avant-dernier et le dernier alinéas du § 1 introduisent deux notions qui ne figurent nulle part dans la Loi et qui peuvent par conséquent conduire à un certain arbitraire. En effet, leur définition plus précise est laissée au Roi. Par contre, nous sommes d'avis que cela devrait être prévu expressément dans la Loi proprement dite. Ainsi, l'avant-dernier alinéa parle de "catégories" d'hôpitaux. La Loi ne connaît pas d'autres catégories d'hôpitaux en dehors des hôpitaux universitaires et non universitaires et éventuellement des centres de référence prévus dans le projet. Il serait préférable d'écrire "la catégorie d'hôpital ou parties d'un hôpital, comme décrit dans la Loi".

Dans le dernier alinéa, il est cette fois fait mention d' "hôpitaux dont la mission est similaire". Pourtant, la loi ne comprend aucune typologie des "missions" permettant de considérer et de qualifier des hôpitaux comme étant différents ou comparables. Si l'on souhaite définir de telles missions, il faut alors le faire comme dans le cadre de l'alinéa précédent. C'est tout simplement une question de sécurité juridique.

#### **Article 94**

Il modifie l'article 102 de la loi sur les hôpitaux, qui traite des subsides particuliers en faveur de certains hôpitaux. Les modifications de texte affinent la façon d'accorder un subside complémentaire pour des services universitaires. Il y aurait lieu de prévoir, mutatis mutandis, les mêmes mesures pour les centres de référence tels qu'ils sont créés par l'article 78 de ce même projet de loi.

#### **Article 98**

L'article 98 ajoute un article 104 à la Loi sur les hôpitaux. Nous partons du principe que le problème des non-assurés touche avant tout le groupe particulier des cas sociaux exceptionnels et des demandeurs d'asile. Y a-t-il, dans ce contexte, également des citoyens de l'UE qui ne sont pas couverts dans un tel cas par la notion d' "assurés" sur la base de la loi INAMI? Si c'est le cas, on est en droit de se demander s'il est possible de ne facturer que le prix déterminé par le Roi à des citoyens de l'UE – généralement aisés – comme les Néerlandais et les Allemands qui viennent déjà se faire soigner en Belgique. Et que dire des personnes nanties originaires d'un pays hors UE, comme les corps diplomatiques, les gestionnaires d'entreprises, les magnats du pétrole, etc.

#### **Article 99**

Il modifie l'article 104quater de la loi sur les hôpitaux. Il s'agit de décrire la façon dont une partie de l'excès de dépenses est portée à charge des institutions de soins. Le projet tel que présenté ici permet au Roi de déterminer les règles et conditions plus précises pour constater les différences entre dépenses et budget, et pour imputer les récupérations à charge des institutions de soins. Le pouvoir conféré au Roi est extrêmement large. L'ensemble de ces règles devrait être fixé dans la loi pour éviter tout arbitraire possible. Les alinéas 2 et 3 de ce nouvel article 104quater devraient donc être supprimés.

### **Article 100**

Il modifie l'article 107 de la loi sur les hôpitaux. En résumé, l'application des règles concernant la couverture des coûts supportés anciennement par le prix de journée, et aujourd'hui par le budget des moyens financiers de l'hôpital, et l'application des règles concernant les subsides particuliers, sont dorénavant conditionnées, en plus des règles habituelles, au respect des conditions de la programmation des appareils médicaux lourds et des services médico-techniques lourds, des fonctions et programmes de soins. Cette modification confirme, une fois de plus, la volonté des concepteurs de ce texte d'empêcher toute initiative médicale en dehors d'une programmation stricte. Nous ne pouvons que nous opposer à cette vision sclérosante des choses. D'ici peu de temps, l'initiative privée sera plus que nécessaire pour maintenir à niveau la médecine suivant les standards modernes. En d'autres termes pour pouvoir pratiquer l' "Evidence based medicine".

### **Article 105**

Il modifie l'article 116 de la loi sur les hôpitaux. Le 8° (octavo) soumet aux mêmes peines d'emprisonnement et d'amendes celui qui exploite un appareillage médical lourd sans l'autorisation et sans qu'il soit inscrit dans la programmation. Ceci rejoint nos remarques précédemment émises sur le caractère inadmissible de l'interdiction d'exploiter un appareillage lourd hors programmation s'il n'est pas fait recours aux subsidiations ou à l'intervention de l'assurance maladie dans la couverture des frais.

### **Article 106**

Il modifie l'article 138 de la loi sur les hôpitaux. Il concrétise l'accord intervenu entre médecins, mutualités et le Ministre à la fin de l'an 2000.

### **Article 108**

Le gouvernement entend apparemment maintenir l'art. 139bis puisqu'il limite la modification au simple remplacement du terme "prix de journée" par "budget des moyens financiers de l'hôpital". Tous les médecins hospitaliers, quelle que soit leur tendance syndicale, ont demandé de multiples reprises la suppression de l'article 139 bis, notamment parce que, dans la pratique journalière, cet article est à la base de l'augmentation du recours injustifié à certaines prestations. Jusqu'il y a peu, on justifiait le maintien de cet article 139bis en prétendant que cet article constituait la base légale pour la sous-partie B6 du budget hospitalier. Dans la mesure où le deuxième alinéa de l'article 94 offre aujourd'hui la possibilité au Roi de définir les coûts couverts par le budget des moyens financiers, cela peut être réalisé en donnant une définition positive à la sous-partie B6.

### **Article 109**

Le point 2° de cet article insère un nouveau §5 à l'article 140 de la Loi sur les hôpitaux. Cette disposition a pour effet qu'un élément essentiel de la convention individuelle du médecin hospitalier, à savoir la rémunération de ses prestations, ne peut plus être considéré comme un véritable engagement et peut être modifié unilatéralement (lisez : réduit) par le gestionnaire de l'hôpital après concertation du Conseil médical. Il s'agit non seulement d'une dérogation juridique importante aux dispositions du Code civil, mais également d'une discrimination des médecins hospitaliers indépendants par rapport aux salariés.

Cette disposition ébranle considérablement l'équilibre des rapports juridiques établis avec les dispositions du Titre IV de la Loi sur les hôpitaux. Ainsi, elle permet au gestionnaire de l'hôpital de se soustraire aux conséquences financières (obligations en matière de réglementation de la révocation) du renvoi d'un médecin hospitalier.

D'ailleurs, on estime à tort que cette disposition porte uniquement sur les aspects financiers de la convention écrite. Il va de soi que le gestionnaire de l'hôpital peut utiliser ce moyen de pression pour obtenir l'acceptation d'autres modifications apportées au contrat. Voire même comme moyen

pour influencer les aspects extra-contractuels de la situation de la pratique du médecin concerné. C'est dès lors une pure fiction de dire que l'influence de cette disposition se limite aux §§ 3 et 4 de l'article 140.

Il y a par exemple fort à craindre que cette disposition se transformera rapidement en un moyen de pression individuel pour accroître les volumes de prestations. En effet, le gestionnaire peut par exemple se contenter de soumettre les conditions financières contractuelles d'un médecin pour examen au conseil médical, pour donner une indication discrète au médecin concerné qui peut avoir un tel effet.

Dès lors, nous demandons expressément que cette disposition soit supprimée. Elle n'apporte pas la moindre amélioration aux rapports juridiques entre les gestionnaires des hôpitaux et les médecins hospitaliers.

### **Conclusion**

Nous espérons que le Parlement aura la possibilité de prendre en compte nos remarques fondées. Nous demandons plus particulièrement que Mesdames et Messieurs les Représentants et les Sénateurs se penchent sur les conséquences financières de certains volets de ce projet de loi et sur la demande des médecins réclamant une plus grande autonomie dans les hôpitaux. L'ABSyM est d'avis que c'est le moyen indiqué pour neutraliser les pressions exercées pour augmenter la "production" en milieu hospitalier et pour utiliser les moyens disponibles de manière plus adéquate.

En ce qui concerne les propositions de loi complémentaires, nous avons formulé un certain nombre de remarques préliminaires. Toutefois, par manque de temps, celles-ci n'ont pas encore pu être lues et retravaillées en fonction du projet de loi existant.

Pour conclure, nous tenons à rappeler aux commissions réunies que tous les médecins attendent impatiemment que, outre les matières traitées dans le présent projet, trois autres éléments vitaux pour le corps médical fassent rapidement l'objet d'un débat parlementaire. Il s'agit de la suppression évoquée précédemment de l'article 139bis de la Loi sur les hôpitaux, la sécurité juridique permanente du médecin spécialiste en ce qui concerne "la révocation" et la place du médecin spécialiste extra-hospitalier qui est, à notre avis, essentielle dans le paysage belge des soins de santé. Il est regrettable que ce groupe comptant quelque 6000 médecins spécialistes ne soit mentionné expressément, et encore moins reconnu, ni dans les lois existantes, ni dans un certain nombre de propositions de loi.

Je vous remercie pour votre attention.

Dr Marc MOENS

---

**PROPOSITION DE LOI DU 11 JUIN 2001  
MODIFIANT LA LOI SUR LES HOPITAUX, EN CE QUI CONCERNE  
LA PERCEPTION DES MONTANTS DUS PAR DES PATIENTS HOSPITALISES**

(déposée par MM. Jo Vandeurzen et Hubert Brouns, Mmes Greta D'Hondt  
et Magda De Meyer et MM. Yvan Mayeur, Jean-Jacques Viseur et Joos Wauters)

### **RÉSUMÉ**

*Dans le souci d'humaniser la politique de recouvrement, l'auteur propose de compléter la loi sur les hôpitaux par des dispositions fixant la manière dont les hôpitaux doivent percevoir les dettes impayées de patients hospitalisés. La procédure doit être fixée par arrêté, mais doit prévoir au moins l'envoi d'un rappel et d'une mise en demeure formelle, la possibilité de bénéficier d'un plan d'apurement et la communication d'informations concernant les aides possibles en cas de difficultés de paiement. La présente proposition de loi contient également des dispositions relatives à l'interruption de la prescription de l'action en paiement, à la demande d'acomptes au patient, aux frais de perception et à la façon dont les médecins hospitaliers sont associés à l'octroi de facilités de paiement.*

## DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Qu'il soit d'emblée précisé que la présente proposition de loi ne vise pas à apporter une réponse structurelle au problème de l'accessibilité financière des soins de santé dans notre pays.

Considérant que les soins dispensés par et dans les hôpitaux doivent être accessibles à tous, les auteurs estiment que le recouvrement des montants afférents à ces soins nécessaires doit toujours s'opérer correctement mais en respectant la dignité du patient et en tenant compte du contexte social. Nous ne souhaitons pas déresponsabiliser le patient. Encourager le patient à ne pas payer ses factures d'hôpital ne témoignerait pas, dans le chef du législateur fédéral, d'une bonne administration (et aurait pour effet de faire supporter des charges considérables par d'autres personnes morales publiques et privées). Nous soulignons une fois encore qu'il appartient au niveau de pouvoir approprié de s'attaquer au problème du coût des factures d'hôpital. Il s'agit d'un défi politique général, non d'un problème propre à chaque hôpital individuel.

Il n'en demeure pas moins qu'eu égard à leur rôle social, les hôpitaux doivent être encouragés à faire preuve d'humanité en procédant aux recouvrements. Même s'il est clair que la plupart des hôpitaux en font déjà preuve, il paraît souhaitable de fixer ces procédures de recouvrement dans la loi, à l'instar de ce qui s'est fait pour les entreprises d'utilité publique, et de créer un certain nombre d'instruments permettant de mener une politique sociale en matière de recouvrement.

La proposition de loi ajoute un certain nombre de dispositions sous le titre IV, chapitre III, section 5, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Les nouvelles dispositions décrivent la procédure à suivre par les hôpitaux pour recouvrer des montants impayés auprès de patients. Il s'agit en l'occurrence de la réclamation de montants dus pour des prestations dispensées aux patients hospitalisés par l'hôpital ou les médecins hospitaliers. La notion de « patient hospitalisé » renvoie à l'article 141 de la loi sur les hôpitaux et se rapporte au patient admis dans un hôpital, y séjournant ou non, et bénéficiant de prestations médicales pour lesquelles s'applique l'obligation du tiers payant. Le Roi peut étendre cette définition.

La proposition de loi impose au ministre qui a la Santé publique dans ses attributions de définir la procédure à suivre par les hôpitaux pour recouvrer des montants impayés auprès de patients. Il ne s'agit évidemment pas d'une réglementation d'exception et il suffit de renvoyer au décret de la Communauté flamande réglant le droit à la fourniture minimale d'électricité, de gaz et d'eau (Moniteur belge du 8 février 1997) pour se rendre compte que les autorités ont déjà, dans plusieurs cas, défini des procédures de recouvrement pour des entreprises. En ce qui concerne les entreprises d'utilité publique, la réglementation vise évidemment aussi à empêcher que des citoyens soient privés d'eau ou de gaz. L'obligation que la présente proposition de loi impose aux hôpitaux de suivre une procédure précise pour recouvrer des montants dus par des patients est, elle, surtout motivée par la position sociale extrêmement importante qu'occupent les hôpitaux. Compte tenu de cette dimension sociale, les hôpitaux devront agir de manière correcte et humaine, y compris lorsqu'il s'agit de recouvrer des montants impayés (ce qui, cela a déjà été dit, se fait déjà spontanément dans la plupart des cas à l'heure actuelle).

La proposition de loi contient par ailleurs une disposition importante concernant la manière d'interrompre le cours de la prescription de l'action engagée. Cette interruption par lettre recommandée à la poste est subordonnée au respect de la procédure de recouvrement définie par le ministre.

La proposition de loi contient également une série de dispositions qui limitent le droit des hôpitaux de demander un acompte au patient. L'hôpital ne peut pas réclamer d'acompte au patient auquel le médecin n'a pas non plus le droit de réclamer de suppléments d'honoraires en cas d'admission dans une chambre à deux ou plusieurs lits. L'objectif de cette disposition est d'éviter que les patients qui doivent être régulièrement hospitalisés et qui disposent de faibles moyens financiers hésitent à se faire soigner.

Enfin, la proposition de loi contient une série de dispositions destinées à mettre en œuvre les principes énoncés ci-dessus.

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### Artt. 2 et 3

Il importe de préciser, en ce qui concerne la perception centrale des honoraires (tant par l'hôpital que par un service de perception), la manière dont les médecins hospitaliers doivent être associés aux négociations relatives à l'octroi de facilités de paiement au patient. Dans certains cas, l'accord du médecin hospitalier n'est pas nécessaire, étant donné que l'honoraire est devenu la propriété de l'hôpital en vertu du règlement général. Dans d'autres cas, l'hôpital perçoit toutefois les honoraires pour le compte du médecin (la situation

la plus fréquente). Dans ce cas, le règlement relatif à la perception doit prévoir la manière dont le médecin est associé aux décisions relatives aux facilités de paiement qui portent également sur des honoraires dus.

#### Art. 4

Le nouvel article 141bis charge le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions d'élaborer la procédure à suivre par l'hôpital (ou le service de perception) pour recouvrer des montants dus auprès d'un patient. Le ministre doit également préciser les conditions auxquelles une lettre devra satisfaire pour pouvoir entraîner, en application du nouvel article 141ter, l'interruption de la prescription de l'action. Il incombe également au ministre de fixer l'intérêt maximal qui pourra être réclamé au patient en cas de retard de paiement. Cette possibilité ne peut toutefois être mise en œuvre que si le paiement d'intérêts de retard a été convenu explicitement.

Le nouvel article 141ter appelle quelques explications techniques.

L'article 2277bis du Code civil, tel qu'il a été inséré par l'article 64 de la loi du 6 août 1993 (Moniteur belge du 9 août 1993), précise que l'action des prestataires de soins pour les prestations, biens et services médicaux qu'ils ont fournis, y compris l'action pour frais supplémentaires, se prescrit vis-à-vis du patient par deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel ils ont été fournis. Il en va de même en ce qui concerne les prestations, services et biens médicaux et les frais supplémentaires qui ont été fournis ou facturés par l'établissement de soins ou par des tiers.

La prescription qui a ainsi été instaurée est libératoire, contrairement au régime prévu par l'ancien article 2272, alinéa 1er, du Code civil.

Il importe de souligner que cette prescription spécifique s'applique aussi aux actions des hôpitaux publics, à condition qu'ils soient encore exploités par un CPAS. L'action du CPAS en remboursement de frais de prestations médicales était précédemment soumise à la prescription spéciale prévue à l'article 102, d'une part, et aux articles 97 et 98, d'autre part, de la loi organique des CPAS. Conformément à l'article 102, cette prescription peut être interrompue par une sommation faite par lettre recommandée à la poste. Par suite de l'insertion du nouvel article 2277bis, ce délai de prescription a été ramené de cinq à deux ans (voir par exemple : Ziekenhuisrekening en bevrijdende verjaring. Een eerste Cassatiearrest omtrent artikel 2277bis Burgerlijk Wetboek, Cassatie 24 janvier 1997, Recente arresten van het Hof van Cassatie, 1998, pp. 27 et suivantes avec note de Patrick Wery et Hendrik Vuye).

Dans l'état actuel de la législation, les hôpitaux ont du mal à appliquer une politique de recouvrement humaine. Lorsqu'une facture n'est pas ou pas complètement payée, l'hôpital n'a pas d'alternative à l'expiration du délai de prescription de deux ans : pour éviter la prescription de l'action, il ne peut que recourir à une citation à comparaître devant le juge. Il est évident que le patient peut toujours signer une reconnaissance de dettes, mais si tel n'est pas le cas, l'hôpital n'a en somme pas le choix : ou bien il ne réagit pas et, faute d'initiative de la part du patient, la créance devient irrécouvrable, ou bien il cite en justice. Conformément à l'article 2244 du Code civil, une citation en justice, un commandement ou une saisie, signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, constituent la seule forme d'interruption.

En revanche, l'action intentée par un prestataire de soins à l'égard de l'assureur dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire peut être interrompue par une lettre recommandée (article 174 de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

La nécessité de procéder à une citation pour interrompre l'action vis-à-vis du patient entraîne automatiquement des frais supplémentaires pour celui-ci. En outre, la citation a automatiquement pour effet de saisir la justice du différend entre le patient et l'hôpital, avec toutes les conséquences qui s'ensuivent : ouverture d'une procédure judiciaire, intervention d'avocats, jugement par défaut, opposition, etc.

La proposition prévoit qu'une lettre ne peut interrompre la prescription que dans le cadre de la procédure de recouvrement légale. Ainsi, en cas de risque de prescription d'une créance impayée à charge du patient, l'hôpital a la possibilité d'interrompre la prescription (ce qui fait courir un nouveau délai de deux), pour autant qu'il soit disposé à accorder des facilités de paiement. Le ministre doit prévoir cette obligation dans la procédure de recouvrement.

Le nouvel article 141quater interdit à l'hôpital de demander un acompte lorsqu'il est établi qu'en application d'une disposition légale ou d'une convention médico-mutualiste, le patient concerné ne doit payer aucun supplément d'honoraires en cas d'hospitalisation dans une chambre à deux ou plusieurs lits. Le Roi peut étendre cette interdiction aux suppléments d'honoraires.

Il est un fait qu'à l'heure actuelle, les hôpitaux sont autorisés à demander un acompte limité au patient sur la base d'une convention conclue entre les hôpitaux, d'une part, et les organismes assureurs, d'autre part. Il va de soi que l'interdiction prévue par la présente proposition prime ces conventions, mais rien n'empêche que l'interdiction soit complétée sur la base d'une convention.

L'article 141quinquies interdit à l'hôpital ou au service de perception de facturer des frais de perception.

Conformément à l'article 141sexies, la procédure de perception imposée par la loi doit également être respectée lorsque l'hôpital confie le recouvrement à un bureau de recouvrement. On peut s'attendre à ce que le parlement adopte aussi une nouvelle réglementation en ce qui concerne le fonctionnement des bureaux de recouvrement. Il est évident que cette réglementation s'appliquera également lorsque le bureau de recouvrement travaillera pour le compte d'un hôpital.

Jo VANDEURZEN (CVP)  
Hubert BROUNS (CVP)  
Greta D'HONDT (CVP)  
Magda DE MEYER (SP)  
Yvan MAYEUR (PS)  
Jean-Jacques VISEUR (PSC)  
Joos WAUTERS (AGALEV-ECOLO)

## PROPOSITION DE LOI

### Article 1er

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

### Art. 2

L'article 135, 1°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987, est complété par l'alinéa suivant :

« Le règlement détermine également la manière dont les médecins hospitaliers approuvent, le cas échéant, les facilités de paiement accordées par l'hôpital à un patient en ce qui concerne la rémunération des prestations médicales fournies par les médecins hospitaliers et dont le montant dû est perçu par l'hôpital. »

### Art. 3

L'article 136 de la même loi, dont le texte actuel formera le §1er, est complété par un § 2, libellé comme suit :

«§2. Le règlement détermine également la manière dont les médecins hospitaliers approuvent, le cas échéant, les facilités de paiement accordées par le service à un patient en ce qui concerne la rémunération des prestations médicales fournies par les médecins hospitaliers et dont le montant dû est perçu par le service. »

### Art. 4

Des articles 141bis à 141sexies, libellés comme suit, sont insérés dans la même loi :

« Art. 141bis. § 1er. Le ministre qui a la santé publique dans ses attributions fixe, après avoir pris l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, la procédure que doivent suivre l'hôpital ou le service visé à l'article 136 lors de la perception d'un montant dont le patient hospitalisé est redevable, lorsque celui-ci omet de le payer après la présentation de la facture. Cette procédure comprend au moins les éléments suivants :

1. l'envoi d'une lettre de rappel et d'une mise en demeure formelle ;
2. une déclaration aux termes de laquelle l'hôpital se déclare disposé à convenir d'un plan d'apurement ;
3. un rappel de la mission légale du CPAS compétent et des possibilités qu'offre la loi du 5 juillet 1998 relative au règlement collectif de dettes et à la possibilité de vente de gré à gré des biens immeubles saisis.

§2. Le même ministre fixe également, après avoir pris l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers :

1. les conditions auxquelles doit satisfaire une lettre recommandée pour entraîner l'interruption de la prescription de l'action intentée en application de cette procédure ;
2. l'intérêt maximal qui, pour autant qu'il ait été stipulé expressément, peut être dû en cas de retard de paiement.

Art. 141ter. § 1er. Le cours de la prescription de l'action visée à l'article 2277bis du Code civil, vis-à-vis d'un patient hospitalisé pour les prestations, biens et services médicaux et pour frais supplémentaires, pour autant qu'ils aient été fournis ou facturés par l'hôpital ou le service visé à l'article 136, y compris de l'action

pour frais supplémentaires, est interrompu, sans préjudice des possibilités prévues par le droit commun, vis-à-vis du patient par une lettre recommandée à la poste répondant aux conditions requises. L'interruption peut être renouvelée.

§ 2. Si l'hôpital est habilité, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, à recouvrer directement une partie du montant dû auprès de l'organisme assureur auquel le titulaire est affilié ou inscrit, cette interruption du cours de la prescription ne concerne que la partie du montant dû qui est à la charge du patient.

Art. 141quater. § 1er. L'hôpital ou, le cas échéant, le service, visé à l'article 136, n'est pas habilité, hormis le cas où, lors de son hospitalisation, le patient opte librement pour une chambre particulière, à demander au patient le versement d'un acompte sur le paiement dû pour des prestations encore à facturer, à partir du moment où aucun supplément d'honoraires n'aurait pu être demandé au patient concerné en cas d'hospitalisation dans une chambre à deux ou plusieurs lits, en application d'une disposition légale ou d'une convention médico-mutuelliste conclue en application de la loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 2. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut étendre cette interdiction après avoir recueilli l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers. Il fixe les circonstances et les conditions dans lesquelles le patient doit se trouver.

Art. 141quinquies. Le recouvrement du paiement dû par le patient hospitalisé ne peut jamais donner lieu à la facturation de frais de recouvrement.

Art. 141sexies. Sans préjudice de dispositions légales plus contraignantes, les articles 141bis à 141quinquies sont également d'application au recouvrement par un tiers pour le compte de l'hôpital ou du médecin de l'hôpital. ».

15 février 2001.

Jo VANDEURZEN (CVP)  
Hubert BROUNS (CVP)  
Greta D'HONDT (CVP)  
Magda DE MEYER (SP)  
Yvan MAYEUR (PS)  
Jean-Jacques VISEUR (PSC)  
Joos WAUTERS (AGALEV-ECOLO)

---

**Commentaires du GBS  
concernant la proposition de loi VANDEURZEN  
modifiant la loi sur les hôpitaux,  
en ce qui concerne la perception des montants  
dus par des patients hospitalisés**

## **1. Titre**

Le titre de la proposition de loi utilise les termes "patient hospitalisé" qui sont définis à l'article 141. Ce titre parle exclusivement de "perception" (Section 2 du Chapitre III du Titre IV de la Loi sur les Hôpitaux) alors que l'art. 4 (art. 141 bis, ter, quater, quinquies et sexies) et en fait également les art. 2 et 3 parlent de "recouvrement" (section 5 du chapitre III du Titre IV).

Il serait donc préférable de parler de "recouvrement et perception des montants dus par des patients hospitalisés".

L'intégralité de la proposition de loi se rattache donc surtout à l'article 141 et doit figurer dans la section 5 du chapitre III.

### Généralités

Le "patient hospitalisé" est défini à l'article 141 en relation avec le patient bénéficiant de prestations médicales pour lesquelles s'applique l'obligation du tiers payant. Il s'agit donc exclusivement d'assurés sociaux. Il ne fait toutefois pas l'ombre d'un doute que les plus gros problèmes en matière de paiement surviendront avec des patients qui ne sont pas des assurés sociaux pour une raison ou l'autre. Dès lors, il

sera nécessaire de prévoir expressément – ce que nous faisons également dans nos propositions de modification – que ces dispositions sont également applicables aux non-assurés sociaux.

Un règlement plus clair concernant les modalités de recouvrement, de paiement et, le cas échéant, des facilités de paiement constitue certainement un élément social utile et important. Il convient toutefois de veiller à ne pas encourager les non-paiements en créant un contexte rendant difficile à l'hôpital de recouvrer un paiement. Nous ne doutons d'ailleurs pas que ceci n'est nullement l'intention des concepteurs de la proposition de loi. Bien au contraire.

Il est prévu que le service de perception centrale doit suivre une procédure lorsque le patient hospitalisé omet de payer après présentation de la facture. Après quel délai (un mois, deux mois, un trimestre...?) se trouve-t-on dans ce cas de figure, le texte ne le dit pas, de sorte que c'est laissé à l'appréciation du ministre. Cependant, tant que ce dernier n'aura pas défini la procédure, aucun montant ne pourra être recouvré.

Un plan d'apurement est uniquement prévu a posteriori, en cas de non-paiement. Cela devrait également pouvoir avoir lieu de manière préventive.

On ne peut pas demander une avance. Est-ce vraiment souhaitable? Ne serait-ce pas raisonnable de prévoir une avance sociale minimale exigible qui puisse valoir d'étalon social pour les hospitalisations, par exemple un montant correspondant au ticket modérateur forfaitaire (exigible) pour des prestations techniques en cas d'hospitalisation? Et de laisser au patient la possibilité de verser une avance plus importante?

Le (non-)paiement d'une avance minimale constitue un élément important permettant d'évaluer le risque ultérieur en matière de paiement et éventuellement de convenir des modalités de paiement à titre préventif. En outre, c'est le seul principe concret pour obtenir une application correcte de la réglementation, par exemple l'utilisation de la carte SIS qui implique précisément un engagement de paiement de la part de la mutuelle.

Les personnes qui ne sont pas en mesure de payer l'avance sociale minimum entreraient immédiatement en ligne de compte pour un accompagnement social des soins de santé.

En marge de la problématique du paiement, une question se pose également concernant la franchise sociale et fiscale dans le cas des patients hospitalisés. Alors que le paiement du ticket modérateur est indiqué sur les attestations de soins ambulatoires, ce n'est nullement le cas avec la facturation pour les patients hospitalisés. Dès lors, nous supposons que ceux-ci sont automatiquement pris en considération sur la base de la facturation à la mutuelle, que le montant ait ou n'ait pas été payé.

## **2. Articles 2 et 3**

Le règlement de la perception centrale (RPC) est établi d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical et, à défaut, après avis renforcé.

Le texte donne l'impression que le RPC définit uniquement la manière dont les médecins individuels approuvent les facilités de paiement. Il s'agit uniquement d' "approbation". Autrement, on lirait "ou non" au lieu de "le cas échéant" (il est clairement fait référence au "cas où" un patient a un problème pour payer).

Le texte perd également de vue que le recouvrement repose sur un mandat du médecin par lequel l'hôpital recouvre et perçoit les honoraires pour le compte du médecin. Cependant, c'est l'hôpital (percepteur) qui autorise les facilités de paiement. Le médecin ne fait qu'approuver d'une façon qui est déterminée par le RPC.

Il n'existe cependant pas de nombreuses "manières" d'approuver...

Dans les "Développements", on part du principe que ce règlement n'est pas nécessaire lorsque les honoraires sont perçus pour le compte de l'hôpital. Il en va certainement ainsi lorsque les médecins sont rémunérés avec un salaire ou un montant forfaitaire (art. 132, §1, 4°) mais pas avec les autres systèmes de rémunération où la rémunération est totalement ou partiellement fixée en fonction du montant perçu.

Il ne faut pas non plus oublier que le délai de paiement du médecin commence normalement à courir (voir art. 135, 1°) à partir du moment de la perception, sauf stipulation contraire dans le règlement. Le service de perception ne peut donc pas décider de reporter le moment de la perception, par exemple en accordant des facilités de paiement. D'où la nécessité de spécifier dans le règlement de perception dans quels cas et suivant quelle procédure des facilités de paiement peuvent être accordées en concertation avec le médecin hospitalier.

Notre proposition :

Fusionner les articles 2 et 3 en un seul article qui deviendrait l'art. 141 bis (voir infra remarques sous 1).

*"Article 141 bis. §1<sup>er</sup> Le règlement visé aux articles 135 et 136 peut également déterminer dans quels cas et selon quelle procédure des facilités de paiement peuvent être accordées au patient hospitalisé visé à l'article 141 en concertation avec le médecin hospitalier ou, le cas échéant, avec la personne pour le compte de laquelle le paiement est recouvré en ce qui concerne la rémunération des prestations médicales dont le montant dû est perçu par le service de perception centrale.*

*Le règlement susvisé s'applique également aux patients hospitalisés qui ne sont pas assurés sociaux."*

Ce texte peut remplacer les compléments proposés pour les deux articles (art. 135 et art 136).

On pourrait profiter de l'occasion pour apporter une légère modification à l'art. 135, 2° : *"2° le président ou une personne déléguée par le Conseil médical peut contrôler le fonctionnement du service de perception et l'exécution des facilités de paiement éventuellement accordées. A cette fin,..."*

Avec les modifications de texte que nous proposons, on dispose d'un règlement de base d'application générale plus clair qui est établi en concertation avec le Conseil médical mais a un caractère contraignant pour le médecin individuel. Le fait qu'une personne déléguée par le Conseil médical puisse contrôler directement non seulement le fonctionnement du service de perception centrale mais également les médecins individuels en ce qui concerne les facilités de paiement, renforce le caractère exécutoire.

### **3. Article 4 (art. 141 bis à 141 sexies) : voir remarque sous 1**

#### 3.1. Art. 141 bis § 1

– Nous ne comprenons pas pourquoi il est fait mention du Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH). Cela n'a rien à voir avec l'agrément ou la programmation ou avec quelque chose se rapportant au financement des hôpitaux. En vertu de l'article 145 de la loi sur les hôpitaux, les arrêtés d'exécution du titre IV nécessitent l'avis de la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux. La loi proprement dite prévoit actuellement que l'existence d'un service et d'un règlement de perception centrale constitue une exigence pour l'agrément qui ne requiert pas l'avis préalable de la CNEH.

Indépendamment de la remarque que nous avons formulée précédemment concernant "le ministre fixe" (c'est-à-dire au minimum : "peut fixer"), nous sommes d'avis que cela peut être considéré comme une intervention inutile de l'Etat puisque la proposition de loi détermine les éléments minimaux.

Par conséquent, nous sommes d'avis qu'il est préférable que cela soit décidé d'un commun accord entre l'hôpital et le Conseil médical.

Notre proposition : l'art. 141 bis devient l'art. 141 bis § 2 :

*"Art. 141bis. § 2. Le règlement visé au § 1<sup>er</sup> peut également fixer la procédure que le service de perception centrale doit suivre lors du recouvrement d'un montant dont le patient hospitalisé est redevable, lorsque celui-ci omet de le payer après la présentation de la facture ou suivant les facilités de paiement convenues. Cette procédure comprend au moins les éléments suivants :*

- 1. l'envoi d'une lettre de rappel et d'une mise en demeure formelle*
- 2. une déclaration aux termes de laquelle l'hôpital se déclare disposé à convenir d'un plan d'apurement, si cela n'a pas été convenu antérieurement*
- 3. un rappel de la mission légale du CPAS compétent et des possibilités qu'offre la loi du 5 juillet 1998 relative au règlement collectif de dettes*

*Le ministre peut également fixer les conditions auxquelles doit satisfaire la lettre recommandée pour entraîner l'interruption de la prescription de l'action intentée en application de cette procédure.*

*L'intérêt légal est dû à partir de la date de la mise en demeure sauf disposition contraire convenue avec le patient concerné."*

On se demande pourquoi le ministre doit fixer l'intérêt maximal et pourquoi celui-ci n'est d'application que s'il a été stipulé expressément. Pourquoi ne pas simplement dire que l'intérêt légal est dû à partir de la date de la mise en demeure formelle, sauf disposition contraire convenue avec le patient concerné.

#### 3.2. Art. 141 ter

§1 :

– "l'hôpital ou le service" : plus simplement et plus correctement : "le service de perception centrale"

- le service de perception facture des prestations mais ne les fournit pas. Le terme "fournis" devrait être supprimé.
- ajouter avant la dernière phrase : "...requis, émanant du service de perception centrale, en concertation avec le médecin. L'interruption..."

§2 :

- seulement le recouvrement de l'hôpital et pas tous les recouvrements via le règlement (obligatoire) du tiers payant? Il serait préférable d'adapter le texte comme suit : "*Si une partie du montant dû, dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, est recouvrée directement auprès de l'organisme assureur ... , cette interruption du cours de la prescription visée au § 1<sup>er</sup> ne concerne que ...*".

La problématique de l'engagement de paiement est en principe réglée par le dernier alinéa de l'article 53 de la loi S.S.I. (dernière phrase : "...l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164." (loi S.S.I.)). "En principe" car il peut y avoir des différends pour déterminer le responsable des indemnités AMI octroyées indûment et leur remboursement. L'article 164 n'est pas à proprement parler un modèle de perfection en matière de clarté juridique.

De plus, il y a un problème de concordance entre les délais de prescription dans le cadre de la loi S.S.I. et le délai de prescription visé à l'article 2277bis du C.C. Dans ce dernier article, le délai est de deux ans à compter de la fin du mois au cours duquel les prestations ont été fournies tandis que pour la réclamation des interventions octroyées indûment, il est de 2 ans à compter de la fin du mois au cours duquel elles ont été remboursées.

3.3. Art. 141 quater : devrait être remplacé par 2 paragraphes :

§ 1. – Remplacer "L'hôpital ou, le cas échéant, le service" par "Le service de perception centrale".

- cf. notre remarque concernant une avance sociale minimale
- cette disposition ne tient pas compte des prestations (ex. opérations esthétiques), frais ou services non remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités
- elle ne tient pas non plus compte de la nouvelle réglementation prévue dans le projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé du 25.7.2001.

§2. Il serait souhaitable de confier cela également à la concertation interne au sein de l'hôpital. Le CNEH n'est pas l'organe approprié.

Notre proposition :

*"Art. 141quater. §1<sup>er</sup>. Le service de perception centrale est habilité à demander au patient hospitalisé le versement d'une avance sociale minimale sur le paiement dû pour des prestations encore à facturer. Cette limitation de l'avance n'est pas d'application lorsque, en application d'une disposition légale ou d'une convention, le médecin hospitalier est habilité à porter en compte des suppléments d'honoraires ou lorsque les prestations, frais ou services fournis ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*

*Le Roi peut fixer ce qu'il faut entendre par avance sociale minimale.*

*§2. Le règlement de la perception centrale fixe le montant de l'avance visée au §1<sup>er</sup>, les circonstances et les conditions dans lesquelles le patient doit se trouver et les raisons pour lesquelles il peut y être dérogé. Le patient en est informé lors de l'hospitalisation."*

3.4. art 141 quinquies. Les frais extraordinaires résultant du non-paiement doivent pouvoir être portés en compte, hormis les cas qui entrent en ligne de compte pour la mission légale du CPAS ou pour l'application de la loi du 5 juillet 1998 relative au règlement collectif de dettes.

Dr M. MOENS  
Secrétaire général

Prof. Dr J. GRUWEZ  
Président

J. VAN DEN NIEUWENHOF  
Directeur administratif

**TAUX DES INTERVENTIONS DE L'ASSURANCE  
POUR LES PRESTATIONS EN BEF DES ARTICLES 35 ET 35BIS  
DE LA NOMENCLATURE A PARTIR DU 1ER OCTOBRE 2001**

**Montants de l'intervention de l'assurance  
pour les implants et pour les dispositifs médicaux invasifs**

U = 41,6641 BEF

Nombre coefficient	Intervention de l'assurance		
	a) Bénéficiaires ordinaires/ Prestataire conventionné	Bénéficiaires ordinaires/ Prestataire non conventionné	
	b) VIPO/Prestataire avec ou sans convention		
U	5,3	221	166
U	35	1.458	1.094
U	72	3.000	2.250
U	80	3.333	2.500
U	97	4.041	3.031
U	100	4.166	3.125
U	118	4.916	3.687
U	120	5.000	3.750
U	168	7.000	5.250
U	180	7.500	5.625
U	185	7.708	5.781
U	234	9.749	7.312
U	235	9.791	7.344
U	240	9.999	7.500
U	270	11.249	8.437
U	285	11.874	8.906
U	315	13.124	9.843
U	320	13.333	10.000
U	350	14.582	10.937
U	360	14.999	11.250
U	364	15.166	11.375
U	425	17.707	13.281
U	430	17.916	13.437
U	510	21.249	15.937
U	590	24.582	18.437
U	598	24.915	18.687
U	610	25.415	19.062
U	710	29.582	22.187
U	810	33.748	25.311
U	814	33.915	25.437
U	968	40.331	30.249
U	999	41.622	31.217
U	1150	47.914	35.936
U	1230	51.247	38.436
U	2195	91.453	68.590
U	4630	192.905	144.679

## MODIFICATION NOMENCLATURE PRESTATIONS CHEZ LES ENFANTS

### 5 SEPTEMBRE 2001. - Arrêté royal modifiant 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 25.9.2001)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35 §§ 1<sup>er</sup> et 2, modifié par les lois du 20 décembre 1995, du 22 février 1998 et du 25 janvier 1999 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu 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, notamment les articles 11, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 2 septembre 1992, 12 août 1994, 7 août 1995, 18 février 1997, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 29 avril 1999 et 8 décembre 2000, 13, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988, 12 décembre 1991, 17 juillet 1992, 12 août 1994, 29 avril 1999 et 8 décembre 2000, 20, § 1<sup>er</sup>, modifié par la loi du 21 décembre 1994 et par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 14 décembre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 3 octobre 1991, 19 décembre 1991, 2 septembre 1992, 25 juillet 1994, 12 août 1994, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 29 avril 1999 et 8 décembre 2000, 25, § 1<sup>er</sup>, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 11 janvier 1988, 22 juillet 1988, 14 décembre 1989, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 7 août 1995, 31 août 1998 et 29 avril 1999;

Vu les propositions du Conseil technique médical formulées au cours de sa réunion du 24 octobre 2000;

Vu l'avis émis par le Service du Contrôle médical en date du 24 octobre 2000;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 19 février 2001;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 28 février 2001;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 5 mars 2001;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, émis le 9 avril 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, émis le 25 juillet 2001;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que les moyens budgétaires prévus doivent être utilisés immédiatement afin de faire face à des besoins prioritaires du secteur; qu'en vue de la création de la sécurité juridique nécessaire et dans l'intérêt d'un traitement adéquat et qualitatif de la population de patients concernée, l'incertitude sur le terrain relative au rôle et à la position des pédiatres, doit être retirée d'urgence;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 11 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, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 19 décembre 1991, 2 septembre 1992, 12 août 1994, 7 août 1995, 18 février 1997, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 29 avril 1999 et 8 décembre 2000, il est inséré un § 5 avec les dispositions suivantes :

« § 5. Pour les prestations 350033 350044, 350055 350066, 351035 351046, 353172 353183, 353231 353242, 353275 353286, 354056 354060, 354196 354200, 354255 354266, 355316 355320, 355331 355342, 355375 355386, 355390 355401, 355412 355423, 355434 355445, 355456 355460, 355471 355482, 355493 355504, 355515 355526, 355552 355563, 355530

355541, 355574 355585, 355596 355600, 355611 355622, 355633 355644, 355655 355666, 355670 355681, 355692 355703, 355714 355725, 355736 355740, 355751 355762, 355773 355784, 355795 355806, 355810 355821, 355854 355865, 355876 355880, 355891 355902, 355913 355924, 355935 355946, 355950 355961 effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, les honoraires sont majorés de 13 % . »

**Art. 2.** A l'article 13, § 2, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988, 12 décembre 1991, 17 juillet 1992, 12 août 1994, 29 avril 1999 et 8 décembre 2000, au 2°, la disposition suivante est insérée in fine :

"..., à l'exception des honoraires pour les prestations de réanimation invasive ou de ventilation positive chez les enfants de moins de 7 ans".

**Art. 3.** A l'article 20, § 1<sup>er</sup> de la même annexe, modifié par la loi du 21 décembre 1994 et par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 7 décembre 1989, 14 décembre 1989, 10 juillet 1990, 22 janvier 1991, 7 juin 1991, 3 octobre 1991, 19 décembre 1991, 2 septembre 1992, 25 juillet 1994, 12 août 1994, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 29 avril 1999 et 8 décembre 2000, sont apportées les modifications suivantes :

Au b) :

la disposition suivante est insérée in fine :

« Pour les prestations n<sup>os</sup> 471015 471026, 471030 471041, 471052 471063, 471251 471262, 471273 471284, 471295 471306, 471310 471321, 471332 471343, 471354 471365, 471376 471380, 471391 471402, 471413 471424, 471516 471520, 471531 471542, 471553 471564, 471575 471586, 471612 471623, 471715 471726, 471730 471741, 471752 471763, 471774 471785, 471796 471800, 471811 471822, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, les honoraires sont majorés de 13 % . »

Au c)

la disposition suivante est insérée in fine:

« Pour les prestations n<sup>os</sup> 472076 472080, 472091 472102, 472113 472124, 472135 472146, 472194 472205, 472216 472220, 472231 472242, 472356 472360, 472393 472404, 472415 472426, 472452 472463, 472555 472566, 472570 472581, 473012 473023, 473034 473045, 473056 473060, 473093 473104, 473130 473141, 473174 473185, 473211 473222, 473255 473266, 473270 473281, 473292 473303, 473314 473325, 473351, 473373, 473395 473406, 473410 473421, 473432 473443, 473491 473502, 473535 473546, 473550 473561, 473572 473583, 473594 473605, 473616 473620, 473631 473642, 473653 473664, 473675 473686, 473690 473701, 473712 473723, 473734 473745, 473756 473760, 473771 473782, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, les honoraires sont majorés de 13 % . »

Au d)

1. le libellé et la valeur relative de la prestation 474515 474526 sont adaptés comme suit :

« Présence effective dans la salle d'accouchement à la fin du travail et au moment de la naissance et prise en charge du nouveau-né en cas de grossesse à risque et sur prescription du médecin accoucheur, du médecin spécialiste en pédiatrie, par nouveau-né . . . . . K 52 »

2. La règle d'application suivante est insérée après la prestation n° 474515-474526 :

« Par grossesse à risque, il faut comprendre les situations telles que reprises dans l'annexe à l'arrêté royal du 20 août 1996 fixant les normes auxquelles une fonction de soins néonataux locaux (fonction N\*) doit satisfaire pour être agréée. »

au e)

Il est inséré in fine les dispositions suivantes :

« Pour les prestations n°s 475016 475020, 475075 475086, 475532 475543, 475650 475661, 475812 475823, 475834 475845, 475856 475860, 475871 475882, 475893 475904, 476011 476022, 476033 476044, 476070 476081, 476114 476125, 476173 476184, 476195 476206,

476210 476221, 476232 476243, 476254 476265, 476276 476280, 476291 476302, 476313 476324, 476335 476346, 476615 476626, 476630 476641, 476652 476663, effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, les honoraires sont majorés de 13 %".

Au f)

la disposition suivante est insérée in fine :

« Pour les prestations n°s 477116 477120 et 477131 477142 effectuées chez des enfants de moins de 7 ans, les honoraires sont majorés de 13 %. »

**Art. 4.** A l'article 25, § 1<sup>er</sup> de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 11 janvier 1988, 22 juillet 1988, 14 décembre 1989, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 7 août 1995, 31 août 1998 et 29 avril 1999 sont apportées les modifications suivantes :

1. Les intitulés, les prestations et la règle d'application suivants sont insérés après la prestation n° 598846 :

« Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie d'un nouveau-né séjournant dans un service N\*

596024 le 1<sup>er</sup> examen . . . . . C 43

596046 le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> . . . . . C 32

596061 le 4<sup>e</sup> et suivants . . . . . C 21,5

Honoraires pour l'examen clinique par le médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un nouveau-né séjournant dans un service N\*

596120 le 1<sup>er</sup> examen . . . . . C 43 + Q 30

596142 le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> . . . . . C 32 +Q 30

596164 le 4<sup>e</sup> et suivants . . . . . C 21,5 +Q 30

Une seule des prestations n°s 596024, 596046, 596061, 596120, 596142, 596164 peut être portée en compte par jour. Elles ne sont pas cumulables avec la prestation 599104, ni avec des prestations techniques effectuées par un médecin spécialiste en pédiatrie.

Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie d'un malade hospitalisé dans un service NIC :

596223 le 1<sup>er</sup> jour . . . . . C 51

596245 le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> jour, par jour . . . . . C 44

596260 le 4<sup>e</sup> jour et jours suivants, par jour . . . . . C 21,5

Honoraires de surveillance par un médecin spécialiste en pédiatrie accrédité d'un malade hospitalisé dans un service NIC :

596326 le 1<sup>er</sup> jour . . . . . C 51 + Q 30

596341 le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> jour, par jour . . . . . C 44 + Q 30

596363 le 4<sup>e</sup> jour et jours suivants, par jour . . . . . C 21,5 + Q 30"

2. L'intitulé et les prestations correspondantes 599001, 598242, 599222 et 598264 sont supprimés.

3. L'intitulé, les prestations et la règle d'application suivants sont insérés après la prestation 599465 :

« Honoraires pour l'examen pédiatrique, effectué chez un bénéficiaire hospitalisé de moins de 16 ans, par le médecin spécialiste en pédiatrie, sur prescription du médecin spécialiste non pédiatre qui exerce la surveillance, avec rapport écrit repris dans le dossier médical :

596525 le premier examen . . . . . C 30

596540 l'examen et/ou traitement pédiatrique suivant . . . . . C 20.

Les prestations 596525 et 596540 ne sont pas cumulables avec les prestations techniques effectuées par un médecin spécialiste en pédiatrie. Elles ne peuvent être portées en compte chacune qu'une seule fois pendant une même période d'hospitalisation. »

**Art. 5.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2001.

**Art. 6.** Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 septembre 2001.

## NOMENCLATURE OPHTALMOLOGIE ET NEPHROLOGIE

### **5 SEPTEMBRE 2001. - Arrêté royal modifiant 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 20.9.2001)**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, §§ 1<sup>er</sup> et 2, modifié par les lois du 20 décembre 1995, du 22 février 1998 et du 25 janvier 1999 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu 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, notamment l'article 14, au h), § 1<sup>er</sup>, II, 2<sup>o</sup>, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 19 décembre 1991 et 29 avril 1999, au j) modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 22 janvier 1991 et 31 août 1998, au m) modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 19 décembre 1991, 12 août 1994 et 9 octobre 1998;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 24 octobre 2000;

Vu l'avis émis par le Service du Contrôle médical en date du 24 octobre 2000;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 19 février 2001;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 28 février 2001;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 5 mars 2001;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, émis le 9 avril 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, émis le 30 août 2001;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que les moyens budgétaires prévus doivent être utilisés immédiatement afin de faire face à des besoins prioritaires du secteur; qu'en vue de la création de la sécurité juridique nécessaire et dans l'intérêt d'un traitement adéquat et qualitatif de la population de patients concernée, l'incertitude sur le terrain relative au rôle et à la position des ophtalmologues, doit être levée d'urgence et un technique par laparoscopie utilisé en cas de transplantation rénale doit être prévu dans la nomenclature;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 14 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 au h), § 1<sup>er</sup>, II, 2<sup>o</sup>, modifié par les arrêtés royaux des 22 janvier 1991, 19 décembre 1991 et 29 avril 1999, au j) modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 22 janvier 1991 et 31 août 1998, au m) modifié par

les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 juillet 1988, 23 octobre 1989, 10 juillet 1990, 19 décembre 1991, 12 août 1994 et 9 octobre 1998 sont apportées les modifications suivantes :

1. Au h), § 1<sup>er</sup>, II, 2<sup>o</sup> les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation n° 248835 - 248846 :

« 249255 - 249266

Biométrie oculaire et calcul de la puissance de l'implant intra-oculaire en vue d'une intervention chirurgicale, y compris l'échographie monodimensionnelle et la kératométrie, avec document et protocole... N 125";

2. Au j), dans le texte français du libellé de la prestation 262216 - 262220 le mot "urinaire" est remplacé par le mot "rénal";

3. Au m) la prestation suivante est insérée après la prestation 318150 - 318161 :

« 318393 - 318404

Néphrectomie laparoscopique vidéo assistée pour don de rein d'un donneur vivant, y compris la conservation, non compris le matériel de consommation endoscopique... K 300 ».

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> octobre 2001.

**Art. 3.** Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 septembre 2001.

## NOMENCLATURE NEUROCHIRURGIE

### **24 AOUT 2001. - Arrêté royal modifiant 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 31.8.2001)**

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, §§ 1<sup>er</sup> et 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 25 janvier 1999 et 24 décembre 1999, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu 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, notamment les articles 28, §§ 1<sup>er</sup> à 7 inclus, modifié par les arrêtés royaux du 7 décembre 1984, 12 février 1986, 7 mai 1986, 4 août 1987, 9 mai 1989, 23 juin 1989, 23 octobre 1989, 13 novembre 1989, 2 janvier 1991, 16 septembre 1991, 11 octobre 1991, 20 décembre 1991, 19 août 1992, 20 octobre 1992, 7 octobre 1993, 24 août 1994, 28 mars 1995, 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 6 novembre 1999 et 8 novembre 1999 et 35, inséré par l'arrêté royal du 24 août 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 9 janvier 1998, 24 mars 1998, 18 janvier 1999, 28 février 1999, 6 novembre 1999 et 8 novembre 1999;

Vu la proposition du Conseil technique des implants du 17 juin 1999, 27 janvier 2000 et 7 décembre 2000;

Vu la décision de la Commission de convention fournisseurs d'implants-organismes assureurs du 16 septembre 1999, 27 janvier 2000 et 7 décembre 2000;

Vu l'avis du Service du contrôle médical du 27 janvier 2000 et 7 décembre 2000;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 13 décembre 2000;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 18 décembre 2000;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 16 février 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 10 mai 2001;

Vu l'avis 31.746/1 du Conseil d'Etat, donné le 7 juin 2001;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 28, §§ 1<sup>er</sup> à 7 inclus, 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 modifié par les arrêtés royaux du 7 décembre 1984, 12 février 1986, 7 mai 1986, 4 août 1987, 9 mai 1989, 23 juin 1989, 23 octobre 1989, 13 novembre 1989, 2 janvier 1991, 16 septembre 1991, 11 octobre 1991, 20 décembre 1991, 19 août 1992, 20 octobre 1992, 7 octobre 1993, 24 août 1994, 28 mars 1995, 18 juillet 1996 25 juin 1997, 6 novembre 1999 et 8 novembre 1999, est apportée la modification suivante :

au § 1<sup>er</sup>, C. Neurochirurgie, après la prestation 611413 - 611424, l'intitulé "Tissu de dure-mère lyophilisé à usage au cours d'interventions intracrâniennes (1 par intervention au maximum) : " et les prestations 611435 - 611446, 611450 - 611461 et 611472 - 611483 sont supprimés.

**Art. 2.** A l'article 35 de la même annexe, inséré par l'arrêté royal du 24 août 1994 et modifié par les arrêtés royaux des 18 juillet 1996, 25 juin 1997, 9 janvier 1998, 24 mars 1998, 18 janvier 1998, 28 février 1999, 6 novembre 1999 et 8 novembre 1999, sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1<sup>er</sup>, C. Neurochirurgie, catégorie 2, après la prestation 683336 - 683340 :

1. l'intitulé "Tissu de dure-mère lyophilisé à usage au cours d'interventions intracrâniennes (1 par intervention au maximum) : " et les prestations 683351 - 683362, 683373 - 683384 et 683395 - 683406 sont supprimés.

2. la prestation suivante est insérée :

« 683410 - 683421 Tissu synthétique de dure-mère utilisé lors d'une intervention neurochirurgicale, U 5,3 par cm<sup>2</sup>»

2° au § 16, après le numéro de prestation "683152 - 683163" le numéro de prestation "683410 - 683421," est inséré.

3° le § 17 est complété par la disposition suivante :

« - 0 % pour la prestation 683410 - 683421".

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

**Art. 4.** Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 24 août 2001.

---

## LICENCE EN MEDECINE D'EXPERTISE ET EVALUATION DU DOMMAGE CORPOREL DE L'UCL

La Faculté de médecine de l'Université catholique de Louvain offre la possibilité d'acquérir une formation approfondie en médecine d'expertise et évaluation du dommage corporel. Cette licence, comportant deux années d'études, est accessible aux porteurs du diplôme de Docteur en médecine, chirurgie et accouchements. Il est possible d'étaler la deuxième épreuve sur deux années.

**Pour tous renseignements complémentaires ou pour obtenir la brochure complète : Dr F. Bonbled, Laboratoire de médecine légale de l'UCL, Tour Vésale 52, +2, av. Hippocrate 52/5288, 1200 Bruxelles  
Tél. : 02/764.52.88.**

---

## **PRIX DU FONDS NATIONAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE – REGLEMENTS**

### **Prix scientifique Therabel s.a. - Division Therabel Pharma s.a.**

- Art. 1. A l'initiative de la Firme **Therabel s.a.**, le Fonds National de la Recherche Scientifique décerne un Prix scientifique Therabel s.a. - Division Therabel Pharma s.a. d'un montant de 12.500 EUR.
- Art. 2. Le Prix est accordé pour **un projet original de recherche fondamentale dans le domaine de l'hypertension artérielle.**
- Art. 3. Le Prix sera attribué par le Conseil d'administration du F.N.R.S. sur proposition de la Commission scientifique compétente et selon les règlements et jurisprudence en vigueur au Fonds National. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué.
- Art. 4. Le Prix est réservé à un chercheur individuel ou à une équipe de maximum 3 chercheurs rattaché(s) au moment de l'introduction de la candidature à une université belge.
- Art. 5. Le candidat et / ou le promoteur de l'équipe candidate doivent être porteurs d'un diplôme de Docteur en Médecine ou de Pharmacien.
- Art. 6. Le Prix sera décerné par moitié pour récompenser le lauréat, l'autre moitié étant attribuée au laboratoire du lauréat.
- Art. 7. Les candidats ne peuvent avoir obtenu, durant les cinq dernières années, un Prix d'un montant équivalent, couronnant le même travail.
- Art. 8. Les candidatures doivent être adressées, sous pli confidentiel, **avant le 15 février 2002**, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 9. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 10. La firme Therabel s.a. pourra, après consultation du ou des auteur(s), publier les travaux primés en mentionnant les nom et qualité du ou des auteur(s).

### **Prix scientifique Bio-Therabel/AstraZeneca**

- Art. 1. A l'initiative de Bio-Therabel/AstraZeneca, le Fonds National de la Recherche Scientifique décerne un Prix scientifique Bio-Therabel/AstraZeneca d'un montant de 12.500 EUR.
- Art. 2. Le Prix est accordé pour **un projet original de recherche fondamentale dans le domaine des affections du tractus gastro-intestinal.**
- Art. 3. Le Prix sera attribué par le Conseil d'administration du F.N.R.S. sur proposition de la Commission scientifique compétente et selon les règlements et jurisprudence en vigueur au Fonds National. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué.
- Art. 4. Le Prix est réservé à un chercheur individuel ou à une équipe de maximum 3 chercheurs rattaché(s) au moment de l'introduction de la candidature à une université belge.
- Art. 5. Le candidat et / ou le promoteur de l'équipe candidate doivent être porteurs d'un diplôme de Docteur en Médecine ou de Pharmacien.
- Art. 6. Le Prix sera décerné par moitié pour récompenser le lauréat, l'autre moitié étant attribuée au laboratoire du lauréat.
- Art. 7. Les candidats ne peuvent avoir obtenu, durant les cinq dernières années, un Prix d'un montant équivalent, couronnant le même travail.
- Art. 8. Les candidatures doivent être adressées, sous pli confidentiel, **avant le 15 février 2002**, à la Secrétaire générale du F.N.R.S., rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 9. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 10. Bio-Therabel/AstraZeneca pourra, après consultation du ou des auteur(s), publier les travaux primés en mentionnant les nom et qualité du ou des auteur(s).

## **REUNIONS SCIENTIFIQUES**

### ***SEMINAIRES DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE DU C.H.U. BRUGMANN Année académique 2001-2002***

Les lundis de 13 à 14 h à la bibliothèque de la F.M.R.E. (accréditation 10 UFC demandée)

Lundi 22/10/2001: Immunologie: O. Michel (CHU Saint-Pierre): Immunomodulation environnementale

- Lundi 12/11/2001: Chimie: J. Valsamis, E. Vamos, A. Vokaer, L. Tecco (CHU Brugmann): Dépistage prénatal du Syndrome de Down  
Attention : séminaire à 12 h suivi d'un GLEM
- Lundi 19/11/2001: Hématologie: B. Chatelain (UCL-Mont Godinne): Apports de la numérisation d'images en cytologie hématologique
- Lundi 03/12/2001: Immunologie: G. Servais (CHU Brugmann): Les anticorps anti ADN catalytiques
- Lundi 17/12/2001: Chimie: D. Willems (CHU Brugmann): Monitoring biologique des greffes rénales
- Lundi 07/01/2002: Hématologie: F. Corazza, C. Hermans, E. Sariban (CHU Brugmann, HUDERF): Implications du stroma médullaire dans la toxicité hématologique de la chimiothérapie
- Lundi 21/01/2002: Immunologie: A. Peretz (HUDERF): Du nouveau : la concertation multidisciplinaire pour le patient atteint de connectivite difficile
- Lundi 04/02/2002: Chimie: J. Valsamis (CHU Brugmann): Les différentes formes de l'HCG
- Lundi 18/02/2002: Hématologie: A. Demulder (CHU Brugmann): Facteurs impliqués dans l'ostéoporose de non-usage
- Lundi 04/03/2002: Immunologie: G. Casimir (CHU Brugmann): Différence sexuelle dans l'inflammation : données cliniques
- Lundi 11/03/2002: Chimie: H. El Kenz (CHU Brugmann): Comparaison pro-calcitonine/IL6/CRP comme marqueur inflammatoire
- Lundi 08/04/2002: Hématologie: H. El Kenz, C. Vandenvelde (CHU Brugmann): Actualités transfusionnelles
- Lundi 22/04/2002: Microbiologie: G. Mascart (CHU Brugmann): Avenir de l'automatisation en microbiologie
- Lundi 06/05/2002: Chimie: E. Wittersheim (CHU Brugmann): Dosage intra opératoire de l'hormone parathyroïdienne
- Lundi 27/05/2002: Hématologie: K. Jochmans (AZ-VUB): La thrombose chez l'enfant
- Lundi 10/06/2002: Immunologie: S. Mullier (HUDERF): Sensibilité et spécificité des tests d'allergie alimentaire

**Service de chirurgie cardio-vasculaire – Université de Liège, CHU du Sart-Tilman**  
**Réunions mensuelles 2001-2002**  
**Salle des Colloques A – Bloc Central, Niveau +2 de 18 h 30 à 20 h**

**Accréditation : 20 points**

- Vendredi 26 octobre 2001 : Le postopératoire en chirurgie cardiaque
- Vendredi 16 novembre 2001 : A propos des médiastinites post-sternotomie
- Vendredi 30 novembre 2001 : Ischémie aiguë des membres – Part I : Syndrome hypercoagulable – Chirurgie d'urgence simple ou vidéo-assistée
- Vendredi 14 décembre 2001 : Ischémie aiguë des membres – Part II : Traitement percutané – Traitement lytique peropératoire – Rôle des inhibiteurs plaquettaires – Définition d'un algorithme décisionnel
- Vendredi 21 décembre 2001 : Les lambeaux libres pour troubles trophiques majeurs
- Vendredi 11 janvier 2002 : Valvulopathie aortique et dilatation de l'aorte ascendante : pathologies complices
- Vendredi 25 janvier 2002 : Angio IRM. Actualités et perspectives
- Vendredi 15 février 2002 : Journal Club
- Vendredi 22 février 2002 : Les adénocarcinomes pulmonaires
- Vendredi 15 mars 2002 : Journal Club
- Vendredi 29 mars 2002 : Anatomie de la vascularisation médullaire et support pharmacologie pour maintenir la viabilité neuronale
- Vendredi 12 avril 2002 : Les anévrysmes rompus revisités
- Vendredi 26 avril 2002 : Mise au point iconographique et traitement des anévrysmes de l'aorte thoraco-abdominale
- Vendredi 17 mai 2002 : Journal Club
- Jeudi 30 mai 2002 : Congrès de la Société de chirurgie vasculaire de langue française (Palais des Congrès)
- Vendredi 31 mai 2002 : Congrès de la Société de chirurgie vasculaire de langue française (Palais des Congrès)
- Vendredi 7 juin 2002 : La greffe pulmonaire
- Vendredi 21 juin 2002 : Lésions coronaires et carotidiennes : chirurgie simultanée ou non?

**Réunion de consensus**  
**"L'usage adéquat des antibiotiques en cas d'entérite aiguë et d'infections urogénitales aiguës dans la pratique ambulatoire"**  
**24.10.2001 – Palais des Congrès à Bruxelles**

**Programme scientifique :**

Chiffres de consommation en Belgique, relatifs aux antibiotiques et en particulier aux quinolones et aux antiseptiques urinaires – Problème de résistance et choix des antibiotiques – Résultats de l'étude systématique de la littérature – Entérite aiguë – Pyélonéphrite aiguë – Cystite aiguë – Prostatite et épидидymite aiguë – Vulvovaginite aiguë

**Accréditation demandée**

**Inscription :** Les personnes intéressées peuvent demander un formulaire d'inscription par écrit auprès du Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments – INAMI, à l'attention de M. Herman Beyers, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles (fax : 02/739.77.11, e-mail : herman.beyers@riziv.fgov.be).

Attention : le nombre de places est limité à 250.

---

**EUROPEAN COURSE ON LAPAROSCOPIC SURGERY**

**LIVE DEMONSTRATIONS**

**November 27-30.2001**

University Hospital Saint-Pierre, Brussels

E-mail : coelio@resulb.ulb.ac.be

**Website :** www.lap-surgery.com or www.straeb-asmb.com

**Information :** Straeb-Asmb : E-mail : straeb.asmb@proximedia.be or asmb@belgacom.net

<b>2002 Courses : April 23-26 &amp; November 19-22</b>
--

---

**Congrès JONAS 2002**  
**Journées sur la Nutrition Appliquées à la Santé**  
**18 & 19 janvier 2002 - Paris**

**Pré-programme**

1. Ménopause : une étape dans la vie d'une femme
2. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS)
3. Régimes, conseils nutritionnels : améliorer nos pratiques
4. Thérapies de groupe : moderne ou passéiste?
5. Parallèles ou essentiels? Les autres façons de gérer le surpoids
6. Cancer et nutrition
7. Féminin, masculin : quelles différences? Quels points communs?
8. Les risques cardio-vasculaires
9. Les dépenses énergétiques
10. Les probiotiques

**Ateliers :** ● Les soins du corps : plus qu'un soutien? ● La Madeleine de Proust, ou la force de la relativité ● Thyroïde, fonction ovarienne, etc. : quelles explorations hormonales face à une prise de poids? ● Obésité, prise de poids modérée : quels choix pour la contraception ● Le rôle des Index glycémique et insulinique dans la prise de poids ● Sibutramine : une molécule à manier à bon escient ● Complication respiratoire de l'obésité : explorations, traitements

**Secrétariat et organisation du Congrès :** Agence EVIC – 58 rue Trousseau – 75011 Paris – Tél. : 00.33.1.49.23.80.23 – Fax : 00.33.1.49.23.80.19 – E-mail : evic@imagnet.fr – www.evicvents.com

**Multidisciplinary Course on the Contemporary Management of Head and Neck Tumors  
March 2-10, 2002 – Mount Sinai Medical Center, New York**

**Course Description**

- A 9-day course focused on current concepts related to diagnosis, medical and surgical management and advanced multidisciplinary strategies for head and neck reconstruction.
- Experts in the field of head and neck oncologic surgery, head and neck reconstruction radiation oncology, medical oncology, diagnostic and interventional radiology, pathology and endocrinology.
- Laboratory dissections, roundtable discussions and "Lunch with the Professor".

**For further information** : Tonya Lewis – Course Coordinator, Tel. : 00.1.212.241.5944, Fax : 00.1.212.831.3700, Email : Tonya.Lewis@mssm.edu, Website : www.mssm.edu/ent

**ANNONCES**



LE SECRETARIAT

MEDICAL

11 rue de l'Industrie  
1000 – Bruxelles  
Tél. : 02.280.63.20  
Fax : 02.235.65.90

**Pendant que vous consultez...  
nous gérons vos rendez-vous**

Nous réceptionnons les appels de vos patients  
par simple déviation de votre ligne téléphonique

L'identité du médecin contacté apparaît sur notre écran  
ainsi pouvons-nous faire des réponses personnalisées

Pendant vos visites ou vos consultations, séminaires ou  
congrès, ou ponctuellement  
Dès votre retour, nous vous transmettons votre calendrier  
complété par fax, par e-mail, ou par téléphone

BROCHURE COMPLETE SUR DEMANDE

- 01042 **LIBRAMONT** : CHA, Service pédiatrie 15 lits + 2 polysomno + secteur néo-natal: cherche 4° **PÉDIATRE** pour travail en pool intra-hospitalier. Collaboration étroite avec service maternité 950 accouchement/an. Surspécialisation à discuter. Salaire forfaitaire maximum durant 2 ans. Investissement personnel à long terme souhaité. Contact: Dr. Ph Dacier, CHA: 35, avenue de Houffalize à 6800 Libramont (061/238 111).
- 01046 **A LOUER** : cabinet médical 75 m<sup>2</sup>, parfaite situation Square Montgomery, entièrement rénové et équipé, libre immédiatement, meublé ou non. Pour cause de maladie. Tél. : 02/784.32.02 (soir) ou 0475/44.85.02.
- 01050 **BRUXELLES** : Centre médical cherche **NEUROLOGUE**. Tél. : 02/215.05.12 – Dr Dejardin.
- 01052 **CHIMAY** : Laboratoire de biologie clinique cherche **MÉDECIN** ou **PHARMACIEN BIOLOGISTE** pour remplacements. Contacter Dr Berchem ou Mr Raimond au 060/21.87.40.
- 01062 **A VENDRE** : **E.M.C.** : **PÉDIATRIE** : 3 tomes. **RADIODIAGNOSTIC** : 7 tomes. A jour jusqu'en fin 2001. Faire offre. Tél. : 064/22.10.80 (soir).
- 01065 **FRANCE** (région Sud-ouest – secteur II) : recherche confrère en vue succession – important fichier pouvant convenir à un ou deux dermatologues – laser CO<sub>2</sub>-puva – locaux neufs de standing – conditions à débattre : contacter Dr DESPINIS Régis – Tél. : 00.33/5.45.92.62.34 – Fax 00.33/5.45.92.65.67.
- 01066 **A VENDRE** : EMC Tech. chir. ortho. traumat. plastique + divers traités et revues anatomie, chir. gén. et ortho. Tél. : 04/371.43.53.
- 01067 **BRUXELLES** : Centre hospitalier François Rabelais (site César De Paepe) recherche pour remplacement du 1.11.2001 au 31.1.2002 un cardiologue (730) pour matinées du lundi au vendredi + gardes USI. Contacter Dr Kacelenenbogen au 02/506.71.83.
- 01068 **FRANCE** : **OPHTALMO SANS FRONTIÈRES** : s'adresser à Marcel Jouandet, F 85400 LUÇON. Tél. 00.33.2.51.56.15.43 ou fax : 00.33.2.28.14.01.96. E-mail : osf@wanadoo.fr. Site internet : opht-sans-frontières.org.
- 01069 **C.H. JOLIMONT-LOBBES** engage deux adjoints dans le service de **CARDIOLOGIE**. Demande et C.V. à adresser au Prof. M. BAUDUIN, directeur médical.

- 01070 **FRANCE** (Château-Thierry) : Deux **RADIOLOGUES** cherchent un associé en cabinet privé (Rx générale, vacations scanner et IRM). Forte activité dans de très bonnes conditions. Contact : Dr Cipel au 00.33.3.23.83.35.08.
- 01071 **A REMETTRE** : Clientèle de **CARDIOLOGIE** (médecine interne), environs de Bruxelles. Pour tous renseignements, contacter Mr E. Debaeke, tél. : 02/374.55.82.
- 01072 **LOVERVAL (CHARLEROI)** : Hôpital I.M.T.R. cherche **RADIOLOGUE** plein temps (RX générale – écho – scanner – accès I.R.M.). Contacter le Dr J. DETHIER au 071/44.81.13 ou 071/44.81.15 ou 071/32.60.44.
- 01074 **BRUXELLES** : Polyclinique à Saint-Gilles recherche d'urgence : un(e) **RHUMATOLOGUE**, un(e) **DERMATOLOGUE**, un(e) **STOMATOLOGUE**, un(e) **GASTRO-ENTÉROLOGUE**. Tél. : 02/537.50.33. Demander M. Dhamen.
- 01075 **REPRISE D'UN CABINET MEDICAL ORL** : Désirant cesser toute activité médicale au 31.12.2001, un O.R.L. souhaite louer son cabinet médical, équipé, et céder sa patientèle au 1.1.2002. Le cabinet médical est situé au rez-de-chaussée d'un immeuble neuf, au 138 avenue Prudent BOLS, à Laeken. Pour toutes conditions, le médecin intéressé peut prendre contact avec le Dr G. Caers, au 02/428.55.85.
- 01077 **CHIMAY** : Le Service de Médecine Interne du Centre de Santé des Fagnes à Chimay recherche : un médecin (plein temps) **SPECIALISTE EN CARDIOLOGIE OU EN MEDECINE INTERNE AVEC COMPETENCE CARDIOLOGIQUE**. Pour renseignements et candidatures s'adresser à : dr.Jean Léonard,CSF,18 Bd Louise 6460 CHIMAY, tél.: 060/218713, e-mail: dr.j.leonard@csf.be
- 01078 **BRUXELLES** : Polyclinique du Midi, grande affluence, cherche **ORTHODONTISTE** et **DENTISTE** mi-temps. Tél. : 02/523.25.00 après midi sauf mardi.
- 01079 **BRUXELLES** : Vacance de place : Une place de chef de service à plein temps au service de radiologie du CHU Brugmann. Cette fonction est accessible aux femmes et aux hommes. Conditions : Les conditions générales et particulières d'accès à cette place à remplir au 10.11.2001 (date de clôture de l'appel) peuvent être obtenues sur simple demande au service du Personnel du C.H.U. Brugmann, place A. Van Gehuchten 4 à 1020 Bruxelles (tél. 02/477.28.46). Appartenance scientifique : Les médecins du cadre hospitalier sont membres de la communauté universitaire. Ils sont rattachés à la Faculté de Médecine de l'U.L.B. ou de la "V.U.B." selon le cas. Les candidatures sont à adresser par écrit et avant le 10.11.2001 au soir au C.H.U. Brugmann, service du Personnel, place A. Van Gehuchten 4, 1020 Bruxelles.
- 01080 **A LOUER : LIEGE (centre)** proximité place Saint-Lambert – loue magnifique bureau dans immeuble du XVIIIe siècle entièrement rénové – endroit calme – bibliothèque – placards – cheminée monumentale – planchers anciens. Tél. : 0475/94.22.33.
- 01081 **FRANCE** : Recherche **PÉDIATRE** pour association en cabinet libéral avec accès en maternité (moyennant astreinte), sans rachat de clientèle, situé à 41100 Vendôme (Loir-et-Cher). Veuillez prendre contact avec le Dr F. GRILLAULT-LAROCHE - TEL. 0033-254800189 – Fax : 0033-254772991.

## Table des matières

• "On" .....	1
• <b>Audition concernant le financement des hôpitaux</b> .....	2
• – <b>Proposition de loi du 11 juin 2001 modifiant la loi sur les hôpitaux, en ce qui concerne la perception des montants dus par des patients hospitalisés</b> .....	9
• – <b>Commentaires du GBS concernant la proposition de loi VANDEURZEN modifiant la loi sur les hôpitaux, en ce qui concerne la perception des montants dus par des patients hospitalisés</b> .....	13
• <b>Taux des interventions de l'assurance pour les prestations en BEF des articles 35 et 35bis de la nomenclature à partir du 1er octobre 2001</b> .....	17
• <b>Modification nomenclature – Prestations chez les enfants</b> .....	18
• <b>Nomenclature ophtalmologie et néphrologie</b> .....	21
• <b>Nomenclature neurochirurgie</b> .....	22
• <b>Licence en médecine d'expertise et évaluation du dommage corporel de l'UCL</b> .....	23
• <b>Prix du Fonds national de la recherche scientifique</b> .....	24
• <b>Réunions scientifiques</b> .....	25
• <b>Annonces</b> .....	27