
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 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

OPTIMALISEZ LE MANAGEMENT FINANCIER DANS VOTRE HOPITAL OU VOTRE INSTITUTION DE SOINS

Exposé du Dr Marc MOENS, secrétaire général du GBS, donné le 16 septembre 2003 à la demande de l' "Institute for International Research", au Diamant Building à Bruxelles concernant les **montants de référence** et le **projet de forfaitarisation des médicaments en chirurgie hospitalière**.

LES MEDECINS PEUVENT-ILS, PAR DES MESURES MEDICALEMENT JUSTIFIEES, ANTICIPER LES RISQUES FINANCIERS LIES AU CALCUL DES MONTANTS DE REFERENCE ?

1. Introduction

Des siècles durant, l'exercice de la médecine a été qualifié d'art, principalement parce que la science n'avait pas suffisamment progressé pour offrir une réponse aux multiples questions.

Aujourd'hui, nous en savons infiniment plus qu'il y a un siècle. Il n'empêche que la formule "ART de guérir" n'a jamais été autant justifiée.

Les médecins ne doivent pas seulement mettre en pratique leurs connaissances scientifiques, ils doivent aussi avoir une approche holistique respectant les attentes et les droits du patient, basée sur l'évidence médicale, s'inscrivant dans les limites d'un budget relativement limité, sous le regard scrutateur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et avec la menace croissante de conflits mettant en cause leur responsabilité professionnelle.

L'anticipation des risques de toutes sortes doit dès lors devenir la seconde nature des médecins s'ils veulent conserver l'équilibre sur la corde lâche de soins de santé de qualité.

Dans notre exposé, nous nous limiterons aux risques que les nouveaux systèmes qui nous sont imposés par les autorités, pourraient renfermer. Nous examinerons plus particulièrement le système légal des "montants de référence pour les pathologies standard" ainsi que les projets prévoyant un financement plus forfaitaire de certains médicaments et produits pharmaceutiques délivrés durant une hospitalisation.

2. Montants de référence pour les pathologies standard

2.1. Base légale et intentions du gouvernement

L'article 11 de la Loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé (M.B. du 10.09.2002) introduit, sous la forme d'un article 56 ter, le système des montants de référence dans la Loi sur les soins de santé et indemnités du 14 juillet 1994.

L'article 47 de cette même loi du 22.08.2002 complète l'article 137 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, avec une disposition qui définit de manière très succincte les modalités d'imputation lorsque l'hôpital doit rembourser.

Les calculs nécessaires pour la détermination des montants de référence sont effectués par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé ¹.

Les montants de référence sont également soumis pour avis à la Structure multipartite en matière de politique hospitalière, créée par l'article 153 de la loi du 29 avril 1996. Au sein de la structure multipartite siègent des représentants des organisations représentatives de médecins, des organisations hospitalières et des organismes assureurs en plus des délégués du(des) ministre(s) compétent(s) et de fonctionnaires du S.P.F. Santé publique et de l'INAMI.

Dans sa déclaration du 14.07.2003, le nouveau gouvernement violet annonce qu'il entend maîtriser l'évolution des dépenses en vue de respecter la croissance prévue notamment par : *"l'évaluation du comportement des prescripteurs et celle de l'exécution d'actes techniques, afin d'éliminer les différences injustifiées entre pratiques médicales; après évaluation de la loi par le centre d'expertise de soins de santé en tenant compte de tout les aspects, l'application des montants de référence dans les hôpitaux pourrait être élargie et/ou renforcé"* et aussi *"l'évolution d'un financement structurel vers un financement sur base des pathologies dans les hôpitaux et les autres institutions de soins ; le financement sur base de pathologies sera étendu aux médicaments, à l'hospitalisation de jour et aux analyses techniques"*.

2.2. Développement pratique

Le système des montants de référence par admission pour des pathologies standard s'applique uniquement aux patients séjournant à l'hôpital. Les montants de référence ne sont dès lors pas d'application pour les prestations effectuées en hôpital de jour et évidemment pas pour les simples prestations ambulatoires.

La première période à laquelle la nouvelle réglementation s'appliquera concerne les hospitalisations ayant pris fin après le 1er octobre 2002 et avant le 31 décembre 2003.

Les montants de référence sont appliqués à 28 groupes diagnostiques qui sont constitués sur base des All Patient Refined Diagnosis Related Groups (APR-DRG), Definition manuel, version 15.0 : 16 APR-DRG chirurgicaux et 12 APR-DRG médicaux.

APR-DRG chirurgicaux :

- 073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie,
- 097 Adenoidectomie et amygdalectomie,
- 179 Ligature de veine et stripping,
- 225 Appendicectomie,
- 228 Cures de hernie inguinale et crurale,
- 263 Cholécystectomie laparoscopique,
- 302a Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté,
- 302b Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attesté,
- 313 Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (menisectomie partielle ou totale) a été attesté,
- 318 Enlèvement matériel de fixation interne,
- 482 Prostatectomie transuretrale,
- 513a Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281 - Hystérectomie totale, par voie abdominale a été attesté,
- 513b Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431325 - Hystérectomie totale, par voie vaginale a été attesté,
- 516 Ligature tubaire par voie laparoscopie,
- 540 Césarienne
- 560 Accouchement par voie vaginale.

¹ Ce "Centre fédéral d'expertise" est créé par l'article 259 de la Loi-programme (I) (1) du 24 décembre 2002 (M.B. du 31.12.2002).

APR-DRG médicaux :

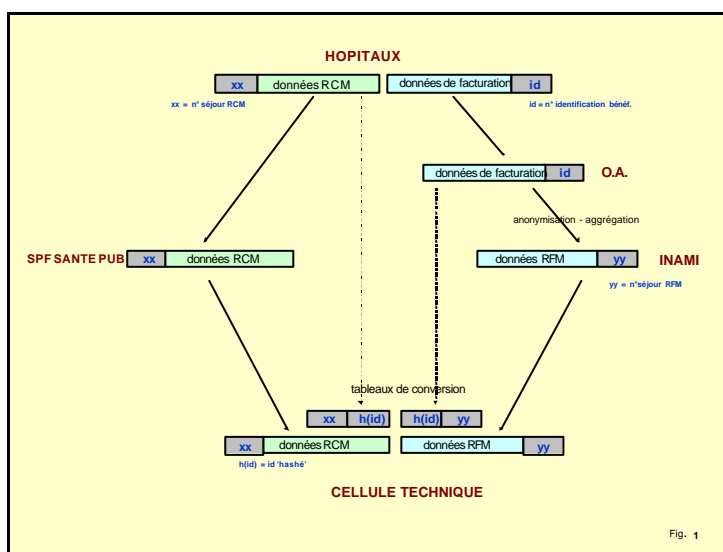
- 045 Accident vasculaire cérébral avec infarctus,
- 046 Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus,
- 047 Accident ischémique transitoire,
- 134 Embolie pulmonaire,
- 136 Affections malignes du système respiratoire,
- 139 Pneumonie simple,
- 190 Affections circulatoires avec infarctus,
- 202 Angine de poitrine,
- 204 Syncope et collapsus,
- 244 Diverticulité et diverticulose,
- 464 Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons
- 465 Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

Pour l'analyse des 28 APR-DRG susmentionnés, on retient trois grands groupes de prestations dans le calcul :

- 1° : Les prestations en imagerie médicale reprises à l'article 17, § 1^{er}, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis et 17ter de la nomenclature. Les remboursements forfaitaires, les angiographies et l'article 17 quater (échographie par des "connexistes" qui n'a été introduite que par l'A.R. du 26.03.2003 [M.B. du 31.03.2003]) sont exclus.
- 2° : Les prestations en biologie clinique reprises à l'article 3, § 1^{er}, A, II, et C, I, à l'article 18, § 2, B, e), et à l'article 24, § 1^{er}, de la nomenclature, excepté les remboursements forfaitaires.
- 3° : Certaines prestations techniques:
 - les autres prestations techniques médicales de l'article 3
 - les prestations en kinésithérapie de l'article 7
 - les prestations spéciales générales de l'article 11
 - les prestations en médecine interne de l'article 20a, notamment la dialyse
 - les prestations en pneumologie de l'article 20b
 - les prestations en gastro-entérologie de l'article 20c
 - les prestations en pédiatrie de l'article 20d
 - les prestations en cardiologie de l'article 20e
 - les prestations en neuropsychiatrie de l'article 20f
 - les prestations en physiothérapie de l'article 22 de la nomenclature.

La réglementation est appliquée à la banque de données des RCM-RFM¹ constituée et validée par la Cellule technique².

C'est une opération complexe car il y a deux grands flux de données qui doivent ensuite être à nouveau regroupés (cf. fig. 1).



¹ Banque de données des résumés cliniques minimums liés aux résumés financiers minimums.

² Cellule technique, créée par l'article 155 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales (M.B. du 30.04.1996).

Les hôpitaux fournissent leurs données RCM au SPF Santé publique et leurs données de facturation aux fédérations nationales des mutuelles. Ces dernières transmettent les données sous forme agrégée et anonymisée à l'INAMI. La Cellule technique réunit ces deux flux de données mais a également besoin pour ce faire de la collaboration des hôpitaux et des organismes assureurs, notamment via des tableaux de correspondance avec des numéros de patient "hashés" (= cryptés unidirectionnellement).

Le montant de référence est la consommation belge moyenne, majorée de 10 %, calculée par APR-DRG, pour les indices de gravité de la pathologie traitée 1 et 2 (severity index 1 et 2) et pour chacun des trois grands groupes de prestations.

Les séjours pour lesquels les dépenses par groupe de prestations sont supérieures au troisième quartile des dépenses dans le groupe de prestations étudié augmenté du double de la différence entre le troisième et le premier quartile [$Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$], sont considérés comme des "outliers" et sont supprimés par hôpital.

La consommation concerne uniquement les dépenses dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Ce montant de référence forme la norme à laquelle chaque hôpital individuel est comparé.

Pour chaque hôpital, on calcule par APR-DRG, indice de gravité et groupe de prestations, le produit du montant de référence et du nombre de séjours. Ce produit est appelé dépenses standardisées. Il est calculé pour chacun des 28 APR-DRG.

Si les dépenses effectives de l'hôpital par APR-DRG et par groupe de prestations dépassent les dépenses standardisées de 10% ou plus, on parle alors de montant récupérable.

Il est possible que pour un même APR-DRG, les indices de gravité se neutralisent si par exemple la sous-utilisation du Severity Index 2 (S.I. 2) est supérieure au dépassement dans le S.I. 1.

Si des montants récupérables sont constatés pour un hôpital, il y a deux calculs.

Un premier calcul porte exclusivement sur les APR-DRG chirurgicaux. S'il débouche sur un "montant récupérable", celui-ci doit être remboursé.

Le § 5 de l'article 56 ter de la loi S.S.I. stipule que "la différence est déduite des honoraires portés en compte à l'assurance". Les modalités doivent encore être définies par arrêté royal. L'art. 56 ter § 5 ajoute que le gestionnaire de l'hôpital et les médecins hospitaliers ont une responsabilité partagée. Au Parlement, le ministre de l'époque Frank VANDENBROUCKE a déclaré le 15.07.2002 que "la restitution s'effectuera en déduisant les montants lors de la prochaine facture de l'Autorité".

Un deuxième calcul est effectué sur base des APR-DRG chirurgicaux ET des APR-DRG médicaux. Si un montant récupérable est constaté dans plus de 50 % des APR-DRG pour les 3 groupes de prestations, c'est assimilé à un dépassement systématique et les données de l'hôpital sont publiées sur le site web de l'INAMI. Cette mesure s'ajoute au constat éventuel d'un montant récupérable sur base des APR-DRG chirurgicaux.

Il est clair que cette publication des noms des hôpitaux ayant une consommation en prestations médico-techniques nettement supérieure à la norme sera directement reproduite dans les revues des mutuelles, la presse médicale spécialisée et dans la presse générale. Par conséquent, ces hôpitaux risquent d'être cloués au pilori pour avoir une consommation supérieure de 21 % ou plus à la consommation belge moyenne dans plus de la moitié des 28 APR-DRG (10% ou plus au-dessus du montant de référence, qui constitue la moyenne belge, majoré de 10%).

2.3. Campagnes de prévention par la Cellule technique

Pour bien faire comprendre aux directions des hôpitaux ainsi qu'aux présidents des conseils d'administration et des Conseils médicaux que la loi du 22.08.2002 relative aux montants de référence ne resterait pas lettre morte, la Cellule technique a d'ores et déjà transmis à tous les hôpitaux deux simulations accompagnées d'une note explicative détaillée.

Le 23.09.2002, la Cellule technique a envoyé une simulation basée sur les données de 1997. Le 18.12.2002, la Cellule technique a transmis la liste complète de tous les montants de référence

nationaux par APR-DRG et par indice de gravité. Le 17.06.2003, la Cellule technique a envoyé une nouvelle simulation, basée sur les données de 2000.

La simulation sur base des données de l'année **1997** porte sur 119 hôpitaux. Pour l'ensemble des hôpitaux et pour les trois groupes de prestations réunis, le montant retenu devrait s'élever à 3.231.440,03 euros, soit 16,7 % du montant total de 19.397.238,09 euros pour la totalité des 16 APR-DRG chirurgicaux.

Pour la biologie clinique par exemple, la somme à retenir dans la simulation de 1997 se monterait à 635.685,36 euros sur un total de 3.592.669,55 €, soit 17,7 %.

Le tableau 1 présente les montants respectifs pour les trois groupes de prestations pour la simulation de 1997.

Simulation 1997	Montant récupérable (en euros)	Montant total (en euros)	%
Imagerie médicale	903.040,42	6.251.641,50	14.4
Biologie clinique	635.685,36	3.592.669,55	17.7
Prestations techniques et autres	1.692.714,25	9.552.927,04	17.7
TOTAL	3.231.440,03	19.397.238,09	16.7

Tableau 1

Dans la simulation de 1997, seuls deux hôpitaux sur les 119 hôpitaux de tout le pays ne devraient pas faire l'objet d'une retenue pour les trois groupes de prestations réunis.

Pour 47 hôpitaux, le montant de la récupération se situerait entre 1 et 10% du total des prestations prises en compte, pour 43 hôpitaux entre 11 et 20%, pour 17 entre 21 et 30%, pour 7 entre 31 et 40% et pour 3 entre 41 et 50% (cf. tableau 2).

Simulation 1997 Nombre d'hôpitaux	Montant récupérable total pour les trois groupes de prestations réunis en % du montant total pour les mêmes prestations par hôpital
2	0
47	1 – 10
43	11 – 20
17	21 – 30
7	31 – 40
3	41 – 50
Total : 119	16,7

Tableau 2

En chiffres absolus, cela signifie qu'il y aurait deux hôpitaux qui ne feraient pas l'objet d'un montant récupérable, 96 ayant un montant récupérable entre 1 et 50.000 euros, 15 entre 50.001 et 100.000 euros, 5 entre 100.001 et 150.000 euros, et un seul de ± 235.000 euros (cf. tableau 3).

Simulation 1997 Nombre d'hôpitaux	Montant récupérable pour les trois groupes de prestations réunis par hôpital en euros
2	0
96	1 – 50.000
15	50.001 – 100.000
5	100.001 – 150.000
1	+/- 235.000
Total : 119	3.231.440,03

Tableau 3

En ce qui concerne la biologie clinique par exemple, dans la simulation de 1997, 17 des 119 hôpitaux ne feraient pas l'objet d'une récupération tandis que dans 57 hôpitaux, il y aurait une récupération de 1 à 10% des honoraires pour les prestations prises en compte, dans 16 hôpitaux,

la récupération se situerait entre 11 et 20%, dans 14 entre 21 et 30%, dans 10 entre 31 et 40%, dans 4 entre 41 et 50 % et dans un seul, elle atteindrait même 51 % (cf. tableau 4).

Simulation 1997 Nombre d'hôpitaux	Montant récupérable en biologie clinique en % du montant total en biologie clinique pour les mêmes prestations par hôpital
17	0
57	1 – 10
16	11 – 20
14	21 – 30
10	31 – 40
4	41 – 50
1	> 50
Total : 119	17,7

Tableau 4

En chiffres absolus (en euros), il y aurait 17 hôpitaux qui ne feraient pas l'objet de récupération en ce qui concerne la biologie clinique, 75 hôpitaux où la récupération se situerait entre 1 et 5.000 euros, 6 entre 5.001 et 10.000 euros, 8 entre 10.001 et 15.000 euros, 5 entre 20.001 et 25.000 euros, 3 entre 25.001 et 30.000 euros, 2 entre 30.001 et 35.000 euros, 1 entre 35.001 et 40.000 euros et 2 entre 40.001 et 45.000 euros (cf. tableau 5).

Simulation 1997 Nombre d'hôpitaux	Montant récupérable en biologie clinique par hôpital en euros
17	0
75	1 – 5.000
6	5.001 – 10.000
8	10.001 – 15.000
5	20.001 – 25.000
3	25.001 – 30.000
2	30.001 – 35.000
1	35.001 – 40.000
2	40.001 – 45.000
Total : 119	635.685,36

Tableau 5

La simulation pour l'année **2000** concerne 115 hôpitaux et porte sur les mêmes 28 APR-DRG : 16 chirurgicaux et 12 médicaux.

Le nombre d'APR-DRG retenus par hôpital se monte en moyenne à 7,0 pour les APR-DRG médicaux et à 11,1 pour les APR-DRG chirurgicaux. Dans la simulation 1997, le nombre moyen atteignait 7,9% pour les APR-DRG médicaux et 13,5 % pour les APR-DRG chirurgicaux (cf. tableau 6).

Nombre moyen d'APR-DRG retenus par hôpital

Type	Maximum théorique	Simulation 1997	Simulation 2000
Médical	12	7,9	7,0
Chirurgical	16	13,5	11,0
Total	28	21,4	18,0

Tableau 6

Il y a donc, aussi bien en 1997 qu'en 2000, des hôpitaux qui, pour certains APR-DRG, n'ont pas ou ont un nombre insuffisant de séjours liés compte tenu des seuils minimums utilisés. Une des raisons peut être que certains APR-DRG ont quasiment toujours été traités en hôpital de jour. Le seuil minimum utilisé porte sur les APR-DRG et l'indice de gravité avec 20 séjours avec RCM et au moins 10 séjours avec RCM-RFM liés. Ce seuil est nécessaire car les mutuelles et/ou les hôpitaux ne transmettent pas toujours toutes les données, de sorte que des extrapolations sont indispensables.

Le pourcentage moyen d'APR-DRG retenus pour lesquels un montant récupérable est démontré par hôpital pour 2000 se monte à 20,0 % (28,4% en 1997) pour l'imagerie médicale, à 18,5 % (29,7% en 1997) pour la biologie clinique et à 18,0 % (30,5% en 1997) pour le groupe des prestations techniques et autres (cf. tableau 7).

Pourcentage moyen par hôpital d'APR-DRG retenus avec un montant récupérable par groupe de prestations

Groupe de prestations	Simulation 1997	Simulation 2000
Imagerie médicale	28,4	20,0
Biologie clinique	29,7	18,5
Prestations techniques et autres	30,5	18,0

Tableau 7

Conformément à la loi, le nom d'un hôpital figure sur le site web lorsqu'il fait l'objet d'un montant récupérable dans plus de 50% des APR-DRG pour les trois groupes de prestations. Dans le cadre de la simulation avec les données de 2000, le nom de 6 des 115 hôpitaux étudiés (5,2%) aurait été publié sur le site internet. En 1997, il y en aurait eu 8 sur les 119 (6,7%).

Le montant récupérable pour les APR-DRG chirurgicaux se monte à 2.966.712,50 euros pour tous les hôpitaux réunis et pour l'ensemble des trois groupes de prestations dans le cadre de la simulation de 2000, et ce sur un montant total pour les mêmes groupes de prestations de 20.397.849,77 euros (il s'agit de chiffres extrapolés). Exprimé en pourcentage, cela revient à 14,5 %.

Le tableau 8 présente les montants respectifs pour les trois groupes de prestations.

Simulation 2000	Montant récupérable (en euros)	Montant total (en euros)	%
Imagerie médicale	740.540,22	5.219.167,38	14.2
Biologie clinique	643.007,12	3.935.563,61	16.3
Prestations techniques et autres	1.583.165,16	11.243.118,78	14.1
TOTAL	2.966.712,50	20.397.849,77	14.5

Tableau 8

Pour les trois groupes de prestations réunis, dans la simulation de 2000, 4 des 115 hôpitaux n'auraient pas fait l'objet de montant récupérable. Pour 49 hôpitaux, le montant récupérable se serait situé entre 1 et 10% du montant total des prestations prises en considération, pour 37 entre 11 et 20%, pour 10 entre 21 et 30%, pour 13 entre 31 et 40% et pour 2 entre 40 et 50% (cf. tableau 9).

Simulation 2000 Nombre d'hôpitaux	Montant récupérable total pour les trois groupes de prestations réunis en % du montant total pour les mêmes prestations
4	0
49	1 – 10
37	11 – 20
10	21 – 30
13	31 – 40
2	41 – 50
Total : 115	14,5

Tableau 9

En chiffres absolus, cela signifie qu'il y aurait eu 4 hôpitaux sans montant récupérable, 60 avec un montant récupérable situé entre 1 et 20.000 euros, 25 entre 20.001 et 40.000 euros, 11 entre 40.001 et 60.000 euros, 4 entre 60.001 et 80.000 euros, 8 entre 80.001 et 100.000 euros et 3 entre 120.001 et 140.000 euros (cf. tableau 10).

Simulation 2000 Nombre d'hôpitaux	Montant récupérable total pour les trois groupes de prestations réunis par hôpital en euros
4	0
60	1 – 20.000
25	20.001 – 40.000
11	40.001 – 60.000
4	60.001 – 80.000
8	80.001 – 100.000
3	120.001 – 140.000
Total : 115	20.397.849,77

Tableau 10

A la demande du ministre des Affaires sociales de l'époque, Frank VANDENBROUCKE, une ventilation a aussi été réalisée par région. Pour la simulation de 2000, le montant récupérable total se situe, pour les trois groupes de prestations réunis en pourcentage du montant total pour les mêmes prestations, à 20,9 % pour la région bruxelloise, à 17,7 % pour la région wallonne et à 10,2 % pour la région flamande. La moyenne belge se monte à 14,5 % (cf. tableau 11). Pour la simulation 1997, les pourcentages atteignaient respectivement 25,3 %, 20,2 % et 11,3 %.

	Montant récupérable total pour les trois groupes de prestations réunis en % du montant total pour les mêmes prestations	
	Simulation 1997	Simulation 2000
Bruxelles	25,3	20,9
Wallonie	20,2	17,7
Flandre	11,3	10,2
Belgique	16,7	14,5

Tableau 11

Parmi les six hôpitaux dont le nom aurait été publié sur le site web de l'INAMI dans la simulation de 2000, il y a 2 hôpitaux bruxellois et 4 wallons. Parmi les huit hôpitaux "affichables" dans la simulation de 1997, il y avait 7 hôpitaux wallons et 1 bruxellois (cf. tableau 12).

Nombre d'hôpitaux dont le nom doit être publié sur le site internet de l'INAMI avec un montant récupérable dans plus de 50 % des APR-DRG pour les trois groupes de prestations

	Simulation 1997	Simulation 2000
Bruxelles	1	2
Wallonie	7	4
Flandre	0	0
Belgique	8	6

Tableau 12

2.4. Points noirs

2.4.1. Médicaux

Il est logique que la grande majorité des hôpitaux, et donc des conseils médicaux, seront confrontés à des récupérations. Chaque hôpital est en effet contrôlé à 48 reprises : 16 APR-DRG chirurgicaux multipliés par les trois types de prestations.

Comment les médecins doivent-ils aborder ce nouveau phénomène?

Le système des montants de référence diffère des systèmes forfaitaires existants. En théorie, on serait en droit d'affirmer qu'un système d'honoraires forfaitaires incite à effectuer le moins de prestations possible. La réalité nous apprend toutefois que même en biologie clinique, où les honoraires sont forfaitarisés à hauteur de 75 %, le nombre d'analyses n'a cessé d'augmenter, même si c'est à un rythme moins rapide que par le passé.

Dans un système fonctionnant avec des montants de référence, la situation idéale d'un point de vue économique implique que les hôpitaux prestent à un niveau aussi proche que possible du plafond.

Les prestations inutiles doivent être évitées. Par conséquent, il est essentiel que les biologistes cliniques, les radiologues et les autres spécialistes réalisant des actes médico-techniques étudient les simulations transmises par la Cellule technique et en tirent les conclusions nécessaires. Des informations plus détaillées doivent être fournies par la Cellule technique pour pouvoir résoudre certains puzzles.

Supposons par exemple que dans un hôpital, l'APR-DRG 560, accouchement par voie vaginale, donne lieu à un montant récupérable important pour le groupe de prestations de la biologie clinique. Pour y remédier, les gynécologues, les pédiatres et les biologistes cliniques devraient pouvoir montrer dans quel secteur de la biologie clinique ont lieu les écarts (par exemple sérologie infectieuse, microbiologie, immuno-hématologie, etc. ?).

La détermination des chemins cliniques (dans notre exemple le chemin grossesse – accouchement) peut certainement contribuer à l'abandon de certains schémas de prescription bien ancrés et qui ont souvent un développement historique, pour commencer à prescrire en se basant sur l'évidence médicale et de manière plus rationnelle.

Pour les 16 APR-DRG chirurgicaux sélectionnés, il doit être possible de définir un bon chemin clinique, comprenant les examens standard nécessaires. Pour les 12 APR-DRG médicaux, c'est beaucoup plus difficile mais ils ne font (provisoirement?) pas l'objet de récupérations.

Lorsque c'est médicalement justifié, un bon chemin clinique suppose également que les patients seront traités de préférence en hôpital de jour. Le système des montants de référence ne s'applique pas à l'hôpital de jour.

Toutefois, un problème se pose en ce qui concerne l'hétérogénéité des prestations entrant en ligne de compte pour le système des montants de référence et qui sont énumérées au § 8 de l'article 56 ter de la loi S.S.I. Tant qu'il s'agit plutôt d'actes médicaux diagnostiques de routine dans le cadre d'un groupe bien sélectionné de groupes diagnostiques relativement standardisables, comme c'est actuellement le cas à l'article 56ter § 9 de la loi S.S.I., c'est médicalement acceptable.

L'article 56ter § 8 comprend cependant également des prestations thérapeutiques, ce qui est en principe beaucoup plus difficile. En matière de comportement thérapeutique, un système de recommandations, de "guidelines", est nettement préférable à un système pseudo-sanctionnel comme celui des montants de référence. On est en droit de se demander quelle est la part des prestations thérapeutiques par rapport aux prestations diagnostiques dans l'ensemble des montants à récupérer. Il est regrettable que les deux campagnes de prévention envoyées ne descendent pas jusqu'au niveau de la nomenclature, de sorte que cette question doit rester provisoirement sans réponse.

Nous devons également nous interroger sur ce que l'on entend par "médicalement justifié". Durant la législature violet-vert 1999-2003, les actes "médicalement justifiés" ont fait l'objet de nouvelles définitions de contenu. L'élasticité de l'acte médical en est grandement influencée mais dans des directions opposées. Il y a, d'une part, la loi relative aux droits du patient¹ et, d'autre part, la loi relative à la responsabilisation individuelle du dispensateur de soins². Une vision globale de la notion "médicalement justifié" est donnée par les points suivants :

- la responsabilité (légale) vis-à-vis du patient : les actions procédurales qui prennent aujourd'hui des proportions américaines constituent incontestablement le premier facteur mettant le dispensateur de soins sous pression et conduisant à une médecine défensive onéreuse.

¹ Loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient (M.B. du 26.09.2002)

² Loi-programme (II) (1) du 24.12.2002, articles 13 à 50 (M.B. du 31.12.2002)

- la maximisation du devoir d'information du dispensateur de soins à la suite de la loi relative aux droits du patient. Le médecin est en effet tenu de fournir au patient toutes les données concernant son état de santé. Ceci renforce plus encore la responsabilité : en effet, le "spécialiste expérimenté" est supposé être légalement responsable de toutes les informations "manquantes" selon l'état d'avancement de la science.

- la "responsabilisation individuelle" dans le cadre de la loi S.S.I. L'acte médical du médecin est évalué par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (SECM) sur la base d'indicateurs ou sur la base d'une comparaison plus subjective avec l'acte d'un praticien consciencieux moyen.

Les termes "médicalement justifié" prennent dès lors des dimensions différentes qui ne peuvent être réunies dans un schéma de comportement équilibré que sous la forme de guidelines élaborées sur des bases scientifiques.

L'article 56ter décrit en fait une procédure d'exception. Il s'agit d'une approche purement statistique ne permettant et ne prévoyant aucun feed-back vers des patients individuels. Il n'y a pas non plus la moindre possibilité de contestation ou de justification des divergences par rapport aux dépenses standardisées prévue dans la loi. L'arrêté royal portant exécution du §5 de l'article 56ter de la loi S.S.I. qui doit notamment définir les modalités de fixation et de communication des montants de référence et qui doit déterminer la façon dont le service de perception centrale doit déduire des honoraires, les différences par rapport aux montants de référence, pourrait prévoir des modalités en la matière.

On est en droit de se demander si la rédaction d'un tel arrêté d'exécution est réellement possible. Peut-être le nouveau cabinet se contentera-t-il de constater les résultats de l'effet dissuasif de cette loi. Nous captions en effet des signaux tendant à indiquer que cette loi a effectivement un effet limitatif sur le comportement de prescription. Bien que mathématiquement trop limitée, la comparaison de la simulation de 1997 et de 2000 pourrait le laisser supposer quelque peu.

2.4.2. Financiers et organisationnels

Les conseils médicaux des hôpitaux doivent veiller à ce qu'il soit indiqué dans le règlement de perception centrale de quelle façon la différence entre les dépenses effectives et les montants de référence sera imputée aux médecins hospitaliers individuels. La mention minimale absolue devant figurer dans le règlement est que la récupération chez les médecins ne peut plus jamais être supérieure à la part déterminée qu'ils perçoivent de leurs honoraires. L'article 137 prévoit du reste que pour l'imputation, il convient de tenir compte de l'affectation desdits honoraires en application de l'article 140 de la loi sur les hôpitaux, à l'exception de ce qui concerne les frais de perception (article 140 §1, 2° et §2). Ainsi, l'article 140 §1, 3° et § 3 traite par exemple de la couverture des frais occasionnés par les prestations médicales qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers de l'hôpital. Il convient donc de bien tenir compte des clés de répartition en vigueur pour les prestations médico-techniques.

Aussi longtemps que cette disposition n'est pas insérée dans le règlement de perception centrale, le gestionnaire de l'hôpital est autorisé par la loi à porter 75% des frais à la charge des médecins. Selon notre interprétation, ceci ne vaut pas pour les médecins salariés et pour les médecins qui paient leurs frais réels à l'hôpital.

Si la récupération dans le cadre des montants de référence ne figure pas dans le règlement de perception centrale, ceci pourrait notamment avoir pour conséquence que si les biologistes cliniques conservent un pourcentage fixe de par exemple 25 % de leurs honoraires, ils seraient malgré tout obligés par leur gestionnaire de payer 75% du montant récupérable. Cela serait donc vraiment faire preuve de mauvaise volonté si le gestionnaire ne permettait pas que cette modification soit apportée au règlement de perception centrale.

Le nouvel article 137 de la loi sur les hôpitaux est rédigé d'une façon tellement complexe qu'il suscite de nombreuses questions.

Si une réglementation portant sur les montants de référence est reprise dans le règlement de perception centrale, l'imputation du montant récupérable s'effectue selon la part relative de chaque médecin hospitalier dans la masse des honoraires du groupe des prestataires auquel il appartient, le montant à imputer du groupe concerné étant fixé sur la base de la part relative de ce groupe dans le dépassement constaté.

La "part de ce groupe dans le dépassement constaté" concerne-t-elle uniquement les prestataires ou également les prescripteurs lorsqu'il s'agit de prestations qui ne peuvent être effectuées que sur prescription ?

Dans la mesure où le règlement de perception centrale est établi d'un commun accord entre le gestionnaire et le Conseil médical, tout éclaircissement concernant cette matière relève entièrement de cet accord. Une responsabilité partagée du remboursement entre les prescripteurs et les prestataires n'est par conséquent pas exclue, pour autant que cela soit repris dans le règlement de perception centrale ou si c'est convenu conformément à l'article 140 §5 de la loi sur les hôpitaux d'un commun accord entre le conseil médical et le gestionnaire.

En théorie, on est même en droit de se demander si les médecins salariés sont exemptés de l'imputation des différences en matière de montants de référence. Certes, ils ne sont pas visés par les §§3, 4 et 5 de l'article 140, mais cela n'empêche pas que le 4^e alinéa du nouvel article 137 stipule expressément que : "*dans tout autre cas, l'imputation visée s'effectue à charge du médecin hospitalier à concurrence de 75 pc et du gestionnaire de l'hôpital à concurrence de 25 pc.*" De sorte que l'on peut affirmer que la rédaction actuelle de l'art. 137 pourrait éventuellement aussi déboucher sur des problèmes en droit du travail.

2.4.3. Pour le patient

Une autre question surgit en ce qui concerne l'obligation / la (l'im-)possibilité d'attester des prestations qui, dans le contexte des montants de référence, donnent lieu ou sont susceptibles de donner lieu à des montants de récupération.

L'article 53 de la loi S.S.I. prévoit que les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance-maladie obligatoire sont tenus de remettre au bénéficiaire une attestation de soins. Cependant, en vertu de l'article 56 ter, les prestations conduisant à un dépassement des montants de référence ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance-maladie. Elles sont en effet déduites des honoraires ayant fait l'objet d'une perception centrale et sont comptabilisées par les organismes assureurs d'une façon à définir par arrêté royal. Elles sont en quelque sorte "recyclées" dans l'assurance-maladie.

Le médecin peut choisir d'effectuer ou de ne pas effectuer une prestation. Il a évidemment toujours la possibilité de réaliser une prestation gratuitement. Il s'agit alors d'un don en nature qui n'entraîne aucune dépense d'assurance et ne donne pas lieu à la délivrance d'une attestation.

Le médecin pourrait-il réaliser la prestation et la porter en compte au patient anticipativement? Ou peut-il garder l'attestation en suspens jusqu'au moment où il est établi que la limite du montant de référence est atteinte et ensuite facturer la prestation au patient? Ou encore, peut-il référer son patient à un confrère exerçant dans un établissement où la valeur de référence est encore loin d'être atteinte pour l'imputation de l'année de référence précédente? A toutes ces questions, il convient de répondre par la négative étant donné qu'il faut un laps de temps beaucoup trop long pour pouvoir effectuer de tels calculs, après traitement par les mutuelles, l'INAMI et le ministère de la Santé publique.

Le médecin peut – ou plus exactement doit – laisser la décision au patient.

Depuis la loi relative aux droits du patient, le patient a le droit de décision quant à l'exécution ou non de prestations de santé. En outre, il a droit à toutes les informations relatives à son état de santé... et aux conséquences financières de l'acte médical.

Ces conséquences financières varient selon que le patient est soigné avant ou après que la limite du montant de référence ait été atteinte. Cependant, ni l'hôpital ni les prestataires de soins, ni le patient ne peuvent en avoir connaissance en temps utile.

Le système des montants de référence connaît ainsi des problèmes d'applicabilité. Pour les responsables de dépassements importants et à grande échelle, il s'agit sans aucun doute d'un système efficace pour évaluer et revoir d'un œil critique les comportements médicaux à court terme.

Mais pour les responsables de faibles dépassements, le système risque de supprimer également des modèles de comportement positifs et utiles. Le nouveau système présente en outre l'inconvénient, à l'instar de tous les autres systèmes forfaitaires de rémunération des prestations médicales, de créer des discriminations entre les patients. Celui qui est traité tant qu'il n'y a pas de crainte que l'enveloppe ne soit dépassée, bénéficie de soins optimaux. Celui qui est soigné plus tard, court plus de risque.

Le côté perfide du système des montants de référence est que la consommation nationale moyenne (majorée de 10 %) baissera d'année en année de sorte qu'il y aura toujours des hôpitaux qui devront rembourser, à moins que la législation ne soit modifiée.

Enfin, il faut également oser demander si le plafond relativement bas qui est choisi et au-delà duquel des montants seront déduits, à savoir 21% au-dessus de la consommation moyenne belge par APR-DRG et par indice de gravité 1 et 2, ne doit pas être revue. Est-il normal que dans la simulation pour l'année 1997, seuls deux hôpitaux ne font l'objet d'aucun montant récupérable dans les différents groupes de prestations tandis que dans la simulation de l'année 2000, ils n'étaient que quatre?

Même si le montant récupérable est minime, cela tend selon nous quand même à prouver que les plafonds définis aux §§ 3 et 5 de l'article 56 ter de la loi S.S.I. sont trop bas.

Peut-être est-il également utile d'indiquer que le premier décompte véritable ne peut être attendu qu'environ trois ans après la clôture de la période de référence, en d'autres termes pas avant fin 2006, étant donné que la première période d'enregistrement prend fin le 31.12.2003.

3. Forfaitarisation de la consommation de médicaments

3.1. Une initiative politique

En 1997, on a commencé en Belgique avec le financement forfaitaire d'un petit nombre de médicaments dans les hôpitaux, à savoir les antibiotiques prophylactiques, ou l'administration à titre préventif d'antibiotiques pour éviter les infections lors d'une intervention chirurgicale.

Le financement forfaitaire de cette l'antibioprophylaxie est basé sur des guidelines internationales existantes, qui ont été confrontées par un grand groupe d'experts à la situation belge et qui ont été adaptées quand c'était nécessaire. C'est une différence essentielle avec le système des montants de référence que nous venons de décrire et avec les projets prévoyant le financement forfaitaire d'une large gamme de médicaments pour des patients hospitalisés pour une intervention chirurgicale.

Ces formes de financement par pathologie reposent sur des moyennes de consommation nationales. La méthodologie que l'Autorité entend utiliser est analogue à celle utilisée avec les montants de référence : données APR-DRG, réparties suivant quatre indices de gravité (severity index 1 à 4), liées aux Résumés financiers minimums.

De cette manière, il est possible de connaître, pour chaque hospitalisation de patient subissant une intervention chirurgicale, le diagnostic APR-DRG et les médicaments facturés. Il s'agit des médicaments administrés parentéralement des classes d'antacides et d'antiulcéreux, d'antithrombotiques, de substituts de plasma et de liquides de perfusion, d'antibiotiques,

d'anesthésiques, de myorelaxants, d'analgésiques et d'anti-inflammatoires qui sont remboursés par l'assurance-maladie obligatoire (cf. tableau 13).

Les médicaments qui figurent au chapitre IV de l'annexe 1 de l'arrêté royal du 21.12.2001 réglementant leur remboursement, en d'autres termes la catégorie Bf pour laquelle un avis préalable du médecin-conseil de la mutuelle est nécessaire, ne sont pas concernés par le financement forfaitaire.

PRODUITS PHARMACEUTIQUES FORFAITARISABLES	
Classe	Catégorie INAMI
Antacides et antiulcéreux	B-44 à B-49, B-231
Antithrombotiques	B-32 à B-35
Substituts de plasma et liquides de perfusion	A-38, B-181 à B-190, B-226
Antibiotiques	B-105 à B-134
Anesthésiques	A-30
Myorelaxants	B-140
Analgésiques et anti-inflammatoires	B-56 à B-64, B-219, B-242, B-250

Tableau 13

L'initiateur de cette forfaitarisation est l'ancien ministre des Affaires sociales, Frank VANDENBROUCKE, qui a soumis, le 03.09.2002, au comité de l'assurance de l'INAMI deux projets d'arrêté royal entièrement élaborés par le cabinet et la Cellule technique¹.

Les projets ne tenaient pratiquement pas compte d'un certain nombre de remarques fondamentales qui avaient été formulées à la demande des ministres compétents par un groupe de travail ad hoc de la "Structure de concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les organismes assureurs" en 2001. L'avis de ce groupe de travail "relatif à l'instauration d'un budget partiel pour la consommation de médicaments intra-muros en chirurgie" avait pourtant été transmis aux ministres compétents M. AELVOET et F. VANDENBROUCKE le 22.10.2001.

Plusieurs membres de ce groupe de travail ad hoc étaient d'avis qu'il était de loin préférable de travailler avec des guidelines pour un certain nombre de pathologies dans le contexte de l'utilisation thérapeutique de médicaments plutôt que d'opter pour une approche purement statistique à partir d'une consommation moyenne par APR-DRG.

Le groupe de travail avait également suggéré de ne pas forfaitariser la consommation thérapeutique d'antibiotiques. Le groupe de travail a avancé comme argument l'effet positif résultant de la forfaitarisation de la prophylaxie et le fait que les hôpitaux se sont entre-temps intéressés à la formation continue et à la désignation d'un responsable par hôpital pour la politique en matière d'antibiotiques.

Le projet des ministres compétents proposait la forfaitarisation de tous les antibiotiques parentéraux à hauteur de 75 % et de tous les autres médicaments parentéraux à hauteur de 50 %.

3.2. Quelques caractéristiques techniques du projet

Chaque année et au plus tard 3 mois avant l'exercice concerné, le Conseil général de l'assurance soins de santé de l'INAMI fixe le budget national pour les médicaments qui seraient financés sur base forfaitaire.

Ce budget s'élève à 75% des dépenses budgétisées pour les antibiotiques dans le service de chirurgie pour l'exercice concerné et à 50 % des dépenses budgétisées pour les antacides, les antiulcéreux, les antithrombotiques, les substituts de plasma, les liquides de perfusion, les anesthésiques, les myorelaxants et les analgésiques dans le service de chirurgie pour l'exercice concerné. Les dépenses budgétisées sont basées sur l'évolution des dépenses au cours des années précédentes.

¹ INAMI – note C.S.S. n° 2002/234 du 05.09.2002. Cette note a été complétée entre le 19.11.2002 et le 05.03.2003 par un corrigendum et 4 addenda.

Chaque année et au plus tard 3 mois avant l'exercice concerné, la Cellule technique calcule les poids relatifs en produits pharmaceutiques qui seront remboursés sur base forfaitaire. Ce calcul est réalisé à l'aide des données RCM-RFM nationales de l'année disponible la plus récente. Les poids relatifs sont les dépenses moyennes pour les produits pharmaceutiques concernés par APR – DRG chirurgical et par indice de gravité après suppression des outliers. Les outliers sont les séjours dont les dépenses sont supérieures à $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, Q1, Q2 et Q3 représentant les valeurs des premier, deuxième et troisième quartiles de la ventilation des dépenses. Les séjours de patients ayant un implant infecté sont également éliminés des calculs. Préalablement au calcul, les dépenses pour les antibiotiques sont ramenées à 75% et les dépenses pour les autres produits à 50%.

Des règles spécifiques sont prévues pour disposer d'un nombre suffisant de séjours par hôpital.

L'enveloppe individuelle par hôpital est calculée sur base des poids relatifs des dépenses nationales et du case-mix chirurgical disponible le plus récent de l'hôpital. Ces données du case-mix sont communiquées par le ministère au plus tard 3 mois avant l'exercice concerné.

Le calcul de l'enveloppe individuelle d'un hôpital s'effectue en définissant le produit du nombre de séjours dans l'hôpital concerné et le poids relatif national, et ce par APR-DRG chirurgical et par indice de gravité.

L'enveloppe individuelle pour chaque hôpital est imputée sous la forme d'un forfait par admission.

Le nombre d'admissions réalisées durant l'exercice précédent dans le service de chirurgie est établi sur la base des tableaux statistiques disponibles les plus récents par hôpital communiqués par les organismes assureurs à l'Institut national.

Ce forfait par admission est dû par l'assurance pour chaque admission dans le service de chirurgie, et ce peu importe si une prestation chirurgicale a été effectuée ou un médicament administré.

Le Service des soins de santé de l'INAMI communique la liste des forfaits par admission des hôpitaux aux organismes assureurs et aux hôpitaux au plus tard un mois avant le début de l'exercice concerné ainsi que la liste des poids relatifs nationaux.

3.3. Refus des membres du Comité de l'assurance de l'INAMI

Le 25.11.2002, tous les rangs des représentants au Comité de l'assurance ont réservé un accueil très critique au projet du ministre VANDENBROUCKE, certes pour des motifs divergents.

3.3.1 Les mutuelles ont principalement formulé des remarques techniques, notamment concernant l'âge des données utilisées. Cette même préoccupation vaut naturellement également pour ce qui concerne le calcul des montants de référence. A la fin 2002, on travaillait encore avec des données RCM-RFM liées de 1997. De plus, la simulation de 1997 a montré que les glissements budgétaires étaient relativement limités (cf. tableau 14).

Simulation 1997: glissements par région

Région	Nombre d'hôpitaux	Montant total des dépenses réelles (BEF)	Montant total après forfaitarisation (BEF)	Différence en chiffres absolus (BEF)	Différence relative en %
bruxelloise	17	221 400 252	219 935 264	- 1 464 988	- 0,66
wallonne	49	1 077 222 433	1 087 050 470	9 828 037	+ 0,91
flamande	84	1 764 332 050	1 755 969 002	- 8 363 049	- 0,47

Tableau 14

Les fluctuations au niveau des hôpitaux sont plus importantes sans être de l'ordre de grandeur trouvé au niveau des montants de référence. Si on analyse les dépenses pour les médicaments considérés et pour les admissions retenues, sur les 150 hôpitaux examinés en 1997, deux hôpitaux connaîtraient un statu quo, 57 perdraient entre 1 et 5%, 21 entre 6 et 10% et 5 perdraient plus de 10%; 29 gagneraient entre 1 et 5%, 22 entre 6 et 10%, 11 entre 11 et 15%, 2 entre 16 et 20% et 1 plus de 20% (cf. tableau 15).

Simulation 1997: gain relatif ou perte relative par hôpital en pourcentage des dépenses pour les médicaments considérés et pour les admissions retenues

%	Nombre d'hôpitaux			
	Statu-quo	Perdants	Gagnants	total
0	2	0	0	2
1 – 5	0	57	29	86
6 – 10	0	21	22	43
11 – 15	0	5	11	16
16 – 20	0	0	2	2
> 20	0	0	1	1
Total	2	83	65	150

Tableau 15

Si l'on considère les conséquences financières de l'introduction de ce système forfaitaire pour les médicaments par rapport au gain relatif ou à la perte relative par hôpital en pourcentage des dépenses pour tous les médicaments et pour toutes les admissions, il apparaît que 149 des 150 hôpitaux examinés dans la simulation de 1997 se trouvent dans une fourchette entre la perte (82 hôpitaux) et le gain (66 hôpitaux) de 5%. Deux hôpitaux connaissent un statu-quo. Un hôpital verrait son budget médicaments pour toutes les admissions augmenter de $\pm 8\%$.

La majorité des mutuelles se sont opposées à cette forfaitarisation, non pas pour des raisons de principe mais pour des raisons pratiques : le jeu, à savoir les effets budgétaires, n'en vaut pas la chandelle, à savoir les tracasseries administratives.

Du reste, les mutuelles socialistes ont de tout temps été favorables à l'idée de la forfaitarisation. Ainsi, par exemple, l'article 16 initial de l'Arrêté royal n° 78 du 10.11.1967, réglementant entre autres l'exercice de l'art de guérir, prévoyait l'interdiction de délivrer des médicaments à des prix forfaitaires. Le législateur de l'époque était manifestement d'avis que les options politiques actuelles ne servaient pas la vision en matière de Santé publique en 1967. Cette mention a été supprimée de l'arrêté royal n° 78 par un arrêt de la IIIe Chambre du Conseil d'Etat du 27 octobre 1972, suite à un recours introduit par "l'Union Nationale des Mutualités Socialistes", l'asbl "Institut médical des mutualités socialistes", l'asbl "Institut Médico-chirurgical Arthur Gailly" et l'asbl "Fonds et services sociaux de la fédération des mutualités socialistes et syndicales et de la fédération générale du travail Liège-Huy-Waremme".

Le Conseil d'Etat a trouvé un fondement juridique en faveur de l'annulation de cette clause dans l'existence de l'article 34ter de l'époque de la loi du 9 août 1963, qui est entre-temps devenu l'article 52 de la loi S.S.I. coordonnée du 14.07.1994, qui prévoyait et prévoit dans son § 1 que des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins.

Enfin, les mutuelles étaient d'avis que les lourds efforts administratifs n'étaient pas contrebalancés par la part financière relativement modeste des médicaments forfaitarisables dans l'ensemble des dépenses pour les médicaments pour les patients hospitalisés.

Pour 1997, la Cellule technique a montré que le montant forfaitarisable ne dépassait pas 1,276 milliard de FB, soit 11,8 % des dépenses pour tous les médicaments de tous les hôpitaux réunis, après suppression des outliers.

3.3.2 Les gestionnaires d'hôpitaux étaient récalcitrants non seulement par peur des répercussions financières (cf. tableau 15) mais surtout en raison des lourdes surcharges administratives. Le suivi et l'accompagnement du système font, il est vrai, partie des tâches du comité médico-pharmaceutique mais aucun financement n'est prévu pour ces missions. Etant donné l'état actuel de sous-financement des hôpitaux, le banc des gestionnaires d'hôpitaux n'est pas disposé à accepter l'initiative ministérielle dans sa forme actuelle.

En outre, les gestionnaires d'hôpitaux sont d'avis que les médecins sont les seuls responsables de la prescription inadéquate de médicaments.

3.3.3 Les médecins surtout s'en sont pris à la proposition du ministre VANDENBROUCKE. Alors que la forfaitarisation de la l'antibioprophylaxie visait à améliorer la qualité pour le patient et à freiner la résistance des micro-organismes contre les antibiotiques, ils ne voient dans la proposition que des arguments financiers qui, de plus, porteront atteinte à la qualité des soins.

Ainsi, aucune étude scientifique ne vient étayer le préambule du projet d'arrêté royal : "Vu la nécessité d'élargir le remboursement forfaitaire des médicaments existant dans l'hôpital, limité actuellement à l'antibioprophylaxie, à d'autres médicaments afin d'atteindre dans ce domaine un emploi rationnel et efficace dans tous les hôpitaux...". Il n'est pas prouvé qu'une forfaitarisation conduit à une rationalisation. En revanche, il existe un grand nombre d'exemples étrangers qui prouvent qu'une forfaitarisation peut conduire à un rationnement.

Les médecins ont également des remarques à formuler concernant les catégories de médicaments sélectionnées, comme par exemple les produits anesthésiques. Les patients consommant le plus de produits anesthésiques sont les patients obèses et cette information ne figure pas dans les DRG. Un jeune obèse en bonne santé pesant 120 kg nécessitera trois fois plus de produits anesthésiques qu'un patient âgé et amaigri pesant 40 kg et souffrant d'un cancer. Par conséquent, il est inacceptable d'utiliser le système des APR-DRG pour les produits anesthésiques.

Les médecins craignent également que ce système empêche toute innovation, du moins en ce qui concerne les hôpitaux non universitaires. Les hôpitaux universitaires peuvent peut-être être aidés pour l'utilisation de nouveaux médicaments par le biais de la partie 'B7' du budget des moyens financiers des hôpitaux. Les patients devront-ils être orientés vers les hôpitaux universitaires pour bénéficier d'une thérapie de la douleur moderne alors que le prix de la journée d'hospitalisation y est beaucoup plus élevé?

La responsabilité professionnelle et les droits des patients interviennent également dans ce dossier.

Si le gestionnaire venait à refuser, pour des raisons d'ordre budgétaire, de mettre à disposition les moyens financiers nécessaires pour des produits plus récents, par exemple de nouveaux anticoagulants plus efficaces, et si on devait faire avec du vieux, il y aurait un problème en ce qui concerne la qualité et les droits du patient. Le patient a droit à des produits nouveaux et meilleurs, et si le médecin est contraint, pour des raisons financières, de donner une médication moins bonne, il en résulte un problème médico-légal et un conflit douloureux entre le gestionnaire de l'hôpital, via les pharmaciens hospitaliers, et le conseil médical.

La problématique de la résistance aux antibiotiques est une étude à part. Toutefois, il est clair que la consommation d'antibiotiques en dehors de l'hôpital influe sur le schéma de résistance dans l'hôpital et que l'introduction d'un forfait à hauteur de 75 % pour les antibiotiques pour certains hôpitaux pourrait constituer une catastrophe.

4. Conclusion

Aucun pays au monde n'a trouvé "la" solution idéale en matière de management hospitalier ou de financement des soins de santé.

Une approche idéologique prônant résolument une forfaitarisation générale, qui est contre la pratique médicale comme profession libérale et contre l'entrepreneuriat sain d'un gestionnaire ou d'un directeur d'hôpital, est tout aussi néfaste que si les principes de l'économie de libre-marché sont appliqués dans leur forme la plus absolue au secteur hospitalier et aux soins de santé en général.

Le réalisme impose à tous les acteurs de se concerter et de collaborer en permanence. Même si la déclaration gouvernementale du 14.07.2003 prévoit une croissance annuelle réelle de 4,5 % par an pour les quatre prochaines années, chacun sait qu'il sera quasiment impossible de respecter cette norme. En effet, l'INAMI a récemment estimé la tendance 2003/2002 de l'augmentation des dépenses en soins de santé à 5,6 %.

Les médecins souhaitent participer activement à la rationalisation de l'utilisation des moyens financiers limités. La forfaitarisation ne constitue pas la solution miracle pour obtenir une réduction soudaine du nombre de prestations. Les prestations médicalement justifiées et nécessaires doivent continuer à être effectuées. Dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fermée et forfaitarisée, cela signifie que, comme chez certains de nos voisins, on assistera à la constitution de listes d'attentes et donc à un rationnement.

L'écimage des hôpitaux présentant un profil de "gratte-ciel" en matière de montants de référence et de consommation de médicaments est certainement possible. Les prescripteurs et les exécutants doivent réexaminer ensemble certaines procédures de routine, appliquer des guidelines et des règles de diagnostic qui existent déjà en partie en imagerie médicale et en biologie clinique et participer à l'élaboration de nouvelles procédures locales, nationales et même internationales, comme par exemple les chemins de soins. Comme indiqué dans la déclaration gouvernementale, le diagnostic et la thérapie ambulatoires doivent avoir la priorité sur l'hospitalisation quand c'est médicalement et socialement justifié.

Malgré leur caractère très intéressant et instructif, le flux d'informations obtenues via toutes sortes d'instances et de formes de traitement des données ne doit pas perturber le fonctionnement normal de l'hôpital en absorbant une trop grande partie du temps et de l'énergie des médecins et de l'administration de l'hôpital. Les données doivent être présentées en temps utile et de manière claire et compréhensible par les autorités. Pour ce faire, il faut un engagement actif au niveau des hôpitaux, des organismes assureurs et de l'Administration. Un traitement purement statistique n'est médicalement pas justifié.

Dans l'hôpital, il faut une concertation sur base paritaire entre les médecins et les gestionnaires. Et, en ce qui concerne les autorités, notre message est le suivant : pour être constructive, cette collaboration doit sortir de la sphère sanctionnelle.

Comme je l'ai dit dans mon introduction, c'est l'ART de guérir avec un grand A. C'est la seule voie possible pour garantir l'avenir de soins adaptés et de qualité supérieure pour notre population vieillissante.

Je vous remercie pour votre attention.

* * *
* *
*

FAUT-IL PASSER CHEZ LE MEDECIN GENERALISTE AVANT LE SPECIALISTE ? ⁽¹⁾

Le gouvernement veut introduire un incitant financier afin que les patients recourent aux soins de leur généraliste avant de frapper à la porte du spécialiste. C'est ce qu'on appelle "l'échelonnement des soins".

POUR

Dr Philippe Vandermeeren
Généraliste,
président du Groupement belge des
omnipraticiens

L'échelonnement envisagé par le gouvernement constitue enfin la reconnaissance du rôle central de l'omnipraticien dans le système des soins de santé. Dire qu'on peut aller directement chez le spécialiste nie ma compétence ! Pour le Groupement belge des omnipraticiens, l'échelonnement marque la victoire du bon sens. Le passage préalable par la première ligne constitue une garantie de qualité, car le généraliste a une vue sur la longueur. Il connaît souvent ses patients depuis 10 ans, 15 ans, 20 ans. Cette connaissance est irremplaçable. De plus, la médecine de première

**Dire qu'on peut aller directement chez le spécialiste nie ma compétence !
La priorité au généraliste marque la victoire du bon sens.**

ligne est la moins coûteuse. Une médecine générale forte et bien organisée est une garantie, pour les gens plus passifs et moins privilégiés, d'avoir accès aux soins les plus sophistiqués. Les généralistes en bénéficieront s'ils acceptent

de prendre leurs responsabilités, d'organiser correctement les gardes, d'adresser leurs patients aux spécialistes si nécessaire.

Si l'échelonnement restreint quelque peu la liberté de choix du patient, un minimum de discipline est indispensable. De toute manière, il ne s'agit pas d'introduire un système rigide à l'anglaise ou à la hollandaise, mais de recourir à des incitants. Il y a encore une place pour la médecine spécialisée en ambulatoire, même s'il faudra clarifier les rôles. Il n'y aura pas de conflit avec les ophtalmologues. Nous devons élaborer des formules sur quelques années pour les pédiatres déjà installés en première ligne, pour les gynécologues. Nous sommes en Belgique : on trouvera des compromis...

CONTRE

Dr Jacques Gruwez
Président du Groupement belge
des spécialistes

Aucune raison ne justifie de mettre en place un échelonnement en Belgique. Une enquête des Mutualités chrétiennes montre que 90 % des patients belges sont très contents de la qualité des soins dans notre pays, que 90 % à 95 % ont un médecin de famille, et que 84 % veulent pouvoir aller chez le spécialiste sans entrave. Les pays pratiquant l'échelonnement, comme la Grande-Bretagne et les Pays-Bas, affichent des listes d'attente poussant les patients à venir se faire soigner chez nous ! J'ai reçu un e-mail d'une Belge qui vient de déménager en Hollande. Elle m'explique que, là-bas, vous ne choisissez pas votre médecin : c'est votre code postal qui en décide. Un généraliste ne vient pas à domicile, et il faut attendre neuf mois pour consulter un ophtalmologue. Est-ce cela qu'on veut imposer en Belgique ?

Pour le bien de la population, il faut conserver l'accès direct au spécialiste, sans entrave pécuniaire ni administrative.

Le gouvernement invoque les coûts croissants : nous ne sommes pas convaincus que l'échelonnement réduira les coûts, puisqu'on multiplie les étapes entre la plainte, le diagnostic et le traitement. Ne s'agit-il pas plutôt, dans le chef du gouvernement, d'une sorte de rationnement des soins? Le recours direct au spécialiste ne serait-il pas meilleur en termes de qualité? Pour le bien de la population, il faut absolument conserver l'accès direct au spécialiste, sans entrave pécuniaire ni administrative. Nous ne nions pourtant pas le rôle des généralistes : leurs honoraires doivent être augmentés. Ils demeurent les confidents et les médecins de famille, et ont un grand rôle à jouer dans la médecine préventive. Nous refusons cependant la prédominance de la médecine générale. Nous voulons travailler harmonieusement ensemble sur un pied d'égalité.

PROPOS RECUEILLIS PAR MARIE BRANDELEER

¹ Article publié dans la revue "Tendances" du 24 juillet 2003 (p. 14)

21.539 milliers € seront consacrés à la réalisation des projets de modification de la nomenclature des prestations de santé suivants qui sont en cours d'élaboration, à savoir:

Objet (et articles de la nomenclature visés)	Incidence financière annuelle (en milliers €)	
PROJET N03/01 Chirurgie (articles 12,14,15,22,25 et 34) Prestations adaptées aux pratiques médicales et règles de restriction CT-Scan	0	AR 26/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/04/2003
PROJET N03/02 A compter du 1 ^{er} janvier 2003, la valeur de la lettre-clé K pour les prestations 423010 - 423021 et 424012 - 424023 (accouchements) est portée de 1,527987 à 1,644787€, avant indexation.	2.255	AR 21/02/2003-MB 05/03/2003 Entrée 01/01/2003
PROJET N03/03 Clinique de la douleur douleur aiguë	3.200	AR 15/05/2003-MB 11/06/2003 En vigueur au 01/07/2003
PROJET N03/04 Gastro-entérologie (articles 14,15,17 et 20) Revalorisation ERCP et nouvelles prestations complexes	2.450	AR 15/05/2003-MB 11/06/2003 En vigueur au 01/07/2003
PROJET N03/05 Petites adaptations (articles 11 et 12) laser/anesthésie épidurale pour accouchements	0	AR 02/06/2003-MB 30/06/2003 En vigueur au 01/08/2003
PROJET N03/06 Chirurgie plastique (article 14.c)	1.200	AR 26/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/04/2003
PROJET N03/07 Refinancement de la psychiatrie de liaison (article 25)	1.300	AR 15/05/2003-MB 30/06/2003 En vigueur au 01/05/2003
PROJET N03/08	744	AR 21/02/2003-MB 05/03/2003

<p>A compter du 1^{er} janvier 2003, la valeur de la lettre-clé C pour les prestations 598802 et 598220 (honoraires de surveillance du spécialiste en pédiatrie accrédité ou non d'un malade hospitalisé dans un service E, durant les cinq premiers jours) est portée de 1,623619 à 1,691255€, avant indexation.</p>		<p>En vigueur au 01/01/2003</p>
<p>PROJET N03/09 Diverses adaptations (articles 14,17,20,24 et 25) Chirurgie : insertion de l'excision d'une cicatrice vicieuse Revascularisation myocardique avec stabilisateur Cathéter placé en vue d'une dialyse rénale Hystérectomie par voie laparoscopique Suppression autorisation méd.conseil pour septorhinoplastie Rhizotomie postérieure sélective Ronchopathie Cardiotocographie (dans l'exception à la règle de l'immunité des honoraires de surveillance) Biologie clinique Imagerie médicale : toilettage de texte et simplification du remboursement Pet-scan Pédiatrie : nouvelle terminologie S néonataux et supplément de 25% pour RMN chez les moins de 5 ans</p>	<p>surcoût minime économies surcoût minime 0 0 50 0 0 0 0 surcoût minime</p>	<p>AR 26/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/04/2003</p>
<p>PROJET N03/10 Splitsing échographie (articles 17,17bis et 17ter) Supplément de 25 % pour RMN chez les moins de 5 ans</p>	<p>0 surcoût minime</p>	<p>AR 26/03/2003-MB 31/03/2003</p>
<p>PROJET N03/11 Dépistage par mammographie : accès hospitalier de longue durée et critères d'âge européens (article 17)</p>	<p>0</p>	<p>AR 25/02/2003-MB 28/03/2003 En vigueur au 01/05/2003</p>

PROJET N03/12 Petites adaptations : dialyse péritonéale (HPD pour trait intercurrent de plus de 3 semaines), suppression réflexogramme, décompression microvasculaire (Jannetta), adaptation du libellé de l'examen vestibulaire	0	AR 27/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/04/2003
PROJET N03/13 Dermatologie (clarification connexité)	surcoût minime	AR 15/05/2003-MB 11/06/2003 En vigueur au 01/07/2003
PROJET N03/14 Revalorisation 2€ (médecins généralistes) pour patient palliatif	pm (budget 2002 – revalorisation de l'acte intellectuel)	AR 18/02/2003-MB 14/03/2003
PROJET N03/15 Toilettage texte écho-cardiaque	0	AR 26/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/08/2003
PROJET N03/16 Prolongation de la période de transition des médecins généralistes non agréés (001-002)	0	AR 21/01/2003-MB 17/02/2003 Prolongation jusqu'au 31/12/2004
PROJET N03/17 Accès ergospirométrie aux pneumologues	0	AR 26/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/04/2003
PROJET N03/18 Suppression du nombre de fractions du nombre de clichés pour tomo (article 17, 11°)	0	AR 26/03/2003-MB 31/03/2003 En vigueur au 01/04/2003
PROJET N03/19 Surveillance (révision globale – principal psychiatrie et pédiatrie – psychiatrie en hôpital aigu – corrections en surveillance psychiatrique - dans le cadre de la revalorisation de l'acte intellectuel et de la surveillance en hôpital de jour)	10.000	AR 03/07/2003-MB 22/07/2003 En vigueur au 01/05/2003
PROJET N03/20 Radiothérapie (adaptations limitées)	340	AR 03/07/2003-MB 18/07/2003 En vigueur au 28/07/2003

PROJET N03/21 Physiothérapie (concordance avec les nouvelles conventions et la kinésithérapie)	surcoût minime	Pas encore publié
PROJET N03/22 Stomatologie (adaptation de la nomenclature à la réalité)	surcoût minime	Pas encore publié
PROJET N03/23 Réservation des prestations de psychothérapie (109513, 631,...) au psychiatre	0	Pas encore publié
Total	21.539	

Les prestations obsolètes "abcès froid" (codes nomenclature 220172/83, 220194/205, 355331/42, 474014/25) sont supprimées. Le budget correspondant, à savoir 604.000€ [montant 2001], est ajouté au budget des visites des médecins généralistes. **PAS ENCORE PUBLIE**

Les prestations de l'article 16 § 1 et § 2 ("honoraires du médecin traitant qui a assisté à l'intervention chirurgicale", numéros de code nomenclature 215014 à 215062 et 216016 à 216086) sont supprimées. Le budget correspondant, à savoir 2.418.000€ [montant 2001], est ajouté au budget des visites des médecins généralistes. **PAS ENCORE PUBLIE**

Le CTM veillera en 2003 à la création d'honoraires de consultation pour le médecin agréé qui est consulté au moins trois fois par son patient pour le paquet de soins global diabète avec le passeport-diabète. Pour ces honoraires, 1,55mio € sont disponibles sur base annuelle. **PAS ENCORE PUBLIE**

Dans le courant de l'année 2003, une analyse sera menée en priorité afin que, des modifications de la nomenclature puissent être apportées dans le cadre du budget 2004 en vue de l'introduction d'un honoraire en 2004 :

- pour la consultation préopératoire des médecins spécialistes en anesthésiologie;
- pour la transplantation de cellules souches

MATERIEL ENDOSCOPIQUE ET DE VISCEROSYNTHESE

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 35bis , § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé (M.B. du 05.08.2003 - Edit. 1)

REGLE INTERPRETATIVE 8 (en vigueur depuis le 1.4.2003)

Question

La prestation 687455-687466 de l'article 35bis , relative au matériel de stabilisation du tissu myocardique, peut-elle être attestée à l'occasion de la prestation 229633-229644 « Revascularisation myocardique à coeur battant effectuée avec un greffon artériel (mammaire, gastroépiploïque ou artère explantée), y compris le ou les éventuels(s) bypass veineux associé(s) » ?

Réponse

La prestation 687455-687466 peut être attestée à l'occasion de la prestation 229633-229644.

Elle ne peut cependant plus être attestée à l'occasion de la prestation 229611-229622.

PRIX HERMAN HOUTMAN 2004 – REGLEMENTS

Prix Herman Houtman 2004 pour l'Humanisation en hospitalisation pédiatrique

Article 1. Sur le revenu des fonds composant le legs Herman Houtman, il est créé un Prix pour l'Humanisation en hospitalisation pédiatrique.

Ce Prix Herman Houtman pour l'Humanisation en hospitalisation pédiatrique est destiné à récompenser une réalisation concrète et originale qui, dans un cadre hospitalier, en Communauté française de Belgique, aura contribué à l'amélioration du bien-être et des droits des enfants les plus touchés par la maladie.

Le Prix Herman Houtman pour l'Humanisation en hospitalisation pédiatrique sera décerné le 18 juin 2004, en même temps que le Prix Herman Houtman bisannuel pour l'enfance en difficulté et à l'occasion du 15^e anniversaire de la création du Fonds Houtman. Son montant sera de **10.000 €**

Article 2. Le Prix est octroyé soit à une personne, soit à un groupe de personnes, soit à une institution, ayant réalisé la partie la plus significative de son travail en Communauté française de Belgique.

Article 3. Pour l'attribution du Prix, le Fonds Houtman entend par

- réalisation concrète et originale :

Toute réalisation innovante qui, dans un cadre hospitalier, œuvre en faveur d'une amélioration du bien-être et des droits des enfants les plus touchés par la maladie. Cette intervention doit engendrer des effets positifs rapides et durables sur l'amélioration du bien-être social, moral, médical et/ou juridique de ces enfants et être reproductible sans investissement financier majeur.

- cadre hospitalier :

Toute structure intra hospitalière dont les objectifs exclusifs ou principaux sont les soins aux enfants malades : les services de pédiatrie générale ou spéciale, les hôpitaux de jour pédiatriques, les consultations de pédiatrie intra hospitalières, les plateaux techniques consacrés à l'enfant (services d'imagerie médicale, salles d'opération et de réveil).

Article 4. Le ou les candidats doit / doivent remettre un dossier de candidature comprenant un mémoire d'une dizaine de pages au maximum accompagné d'un résumé en une page.

Le mémoire doit décrire les objectifs de la réalisation, les actions déjà accomplies, les effets de ces actions sur le vécu des jeunes patients et de leur famille (effets escomptés, effets déjà objectivés), les investissements réalisés ou à réaliser, les partenaires, les éventuelles subsidiations déjà reçues ou les

demandes en cours, ainsi que les projets à développer et une proposition d'affectation du montant du Prix dans le suivi du travail.

Au dossier de candidature doit être annexée la liste des promoteurs du travail, leurs coordonnées complètes, ainsi qu'un bref curriculum vitae. Dans les cas où le Médecin Chef du Service ne fait pas partie des promoteurs, il est demandé que ce médecin donne son accord écrit à la démarche.

Article 5. Le Comité de Gestion décerne le Prix, sur proposition du jury.

Le jury est composé du jury du Prix Herman Houtman (9 membres comprenant des experts belges et étrangers, dont un représentant du Conseil Scientifique de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, un représentant du Fonds National de la Recherche Scientifique et le Vice-Président du Fonds Houtman, représentant de la famille Houtman siégeant au Comité de Gestion du Fonds), auquel seront adjoints deux autres spécialistes désignés par le Fonds Houtman.

Le président est choisi parmi les membres du Comité de Gestion du Fonds.

Les critères de choix du projet primé seront entre autres : l'aspect concret du projet, son originalité, sa reproductibilité, les effets qu'il a pu et pourra générer, l'implication de l'équipe soignante.

Article 6. Ne peuvent poser leur candidature en vue de l'obtention du Prix :

- le personnel de l'O.N.E.,
- les membres du Conseil d'Administration de l'O.N.E.,
- les équipes composées majoritairement des membres du personnel et/ou de membres du Conseil d'Administration de l'O.N.E.,
- les membres du Comité de Gestion du Fonds Houtman.

Article 7. Le bénéfice du Prix doit être entièrement consacré à la poursuite de la démarche récompensée.

Conformément à la législation en vigueur, seules les personnes morales peuvent bénéficier de l'immunité fiscale du montant du Prix.

Article 8. Si le jury estime qu'aucun travail ne présente une valeur suffisante, le Comité de Gestion peut décider de ne pas attribuer le Prix.

Article 9. Les dossiers de candidature doivent parvenir en trois exemplaires **avant le 31 décembre 2003** à minuit, sous pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante : Fonds Houtman – O.N.E., Chaussée de Charleroi 95, à 1060 Bruxelles.

Article 10. Toute question relative à la recevabilité des candidatures est tranchée souverainement par le jury.

Article 11. Le Fonds Houtman se réserve le droit de publier tout ou partie de l'œuvre récompensée, après consultation du (des) auteur(s), en mentionnant leur(s) nom(s) et fonction(s), ainsi que leur qualité de lauréat(s) du Prix Herman Houtman pour l'Humanisation en hospitalisation pédiatrique.

Prix Herman Houtman 2004 pour l'enfance en difficulté

Article 1. Sur le revenu des fonds composant le legs Herman Houtman, il est institué depuis 1993 un Prix biennal dont le montant est déterminé par le Comité de Gestion.

Le Prix Herman Houtman couronne une œuvre majeure, de longue haleine, recherche-action et action ayant démontré ses effets bénéfiques en contribuant de façon durable et significative à l'amélioration du bien-être social, moral, médical ou juridique des enfants en Communauté française de Belgique.

Le Prix Herman Houtman sera attribué en 2004, à l'occasion du 15^e anniversaire de la création du Fonds. Il sera décerné le 18 juin 2004, lors d'une cérémonie organisée par le Fonds, avec le soutien de l'O.N.E. Son montant sera de **65.000 €**

Article 2. Le Prix est octroyé soit à une personne physique, soit à une équipe, soit à une personne morale, ayant réalisé la partie la plus significative de son travail en Communauté française de Belgique.

Article 3. Pour l'attribution du Prix, le Fonds Houtman entend par :

- recherche-action : un travail original fondé sur une démarche rigoureuse qui intègre de façon interactive la méthodologie scientifique et l'action sur le terrain.

- action : une intervention directe et innovante, productrice de changements au bénéfice de problèmes concrets dans le domaine de l'enfance et à même d'engendrer rapidement des effets durables pour un nombre élargi de situations et de populations.

Article 4. Le ou les candidats doit / doivent remettre un dossier de candidature comprenant un mémoire de maximum vingt pages accompagné d'un résumé en trois pages.

Le mémoire indiquera avec précision l'importance de la contribution de la recherche-action ou de l'action à un processus de changement dans le domaine considéré.

Au dossier de candidature sera annexée la fiche d'information* fournie aux candidats par le Fonds Houtman, ainsi qu'un curriculum vitae détaillé du (des) candidat(s).

Les travaux de recherche-action ou d'action devront avoir fait l'objet de publications dont la liste sera également jointe.

Article 5. Le Fonds Houtman décerne le Prix Herman Houtman, sur proposition du jury.

Le jury est composé de 9 membres comprenant des experts belges et étrangers, dont un représentant du Conseil Scientifique de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, un représentant du Fonds National de la Recherche Scientifique et le Vice-Président du Fonds Houtman, représentant de la famille Houtman siégeant au Comité de Gestion du Fonds.

Le président est choisi parmi les membres du Comité de Gestion du Fonds.

Article 6. Ne peuvent poser leur candidature en vue de l'obtention du Prix :

- le personnel de l'O.N.E.,
- les membres du Conseil d'Administration de l'O.N.E.,
- les membres du Comité de Gestion du Fonds Houtman,
- les équipes composées majoritairement de membres du personnel et/ou de membres du Conseil d'Administration de l'O.N.E.

Article 7. Le montant du Prix sera entièrement consacré à la poursuite de l'œuvre récompensée.

Conformément à la législation en vigueur, seules les personnes morales peuvent bénéficier de l'immunité fiscale du montant du Prix.

Article 8. Si le jury estime qu'aucun travail ne présente une valeur suffisante, le Comité de Gestion peut décider de ne pas attribuer le Prix.

Article 9. Les dossiers de candidature, en trois exemplaires, doivent parvenir **au plus tard le 31 décembre 2003** à minuit, sous pli recommandé, le cachet de la poste faisant foi, à l'adresse suivante : Fonds Houtman – O.N.E., Chaussée de Charleroi 95, à 1060 Bruxelles.

Article 10. Toute question relative à la recevabilité des candidatures est tranchée souverainement par le jury.

Article 11. Le Fonds Houtman se réserve le droit de publier tout ou partie de l'œuvre récompensée, après consultation du (des) auteur(s), en mentionnant leur(s) nom(s) et fonction(s), ainsi que leur qualité de lauréat(s) du Prix Herman Houtman.

* Cette fiche peut être obtenue sur demande auprès du Service Communication du Fonds Houtman.

ASSURANCE "REVENU GARANTI" DU GBS

Conscient de la gravité que présente pour le médecin spécialiste le problème humain et financier d'une incapacité de travail de moyenne ou longue durée, le G.B.S. s'est appliqué il y a plusieurs années à mettre au point un contrat d'assurance collective approprié, l'assurance "revenu garanti" ou "rente d'invalidité" qui complète les interventions légales variables selon le statut social du médecin.

Les prestations légales auxquelles le médecin-indépendant a droit en cas d'incapacité de travail.

Si le régime des prestations légales en matière d'incapacité de travail des indépendants s'est quelque peu amélioré depuis le 01/07/2002, la situation n'en reste pas moins lacunaire.

En cas d'incapacité de travail à la suite d'une maladie et/ou d'un accident, vous pouvez en effet subir de lourdes pertes financières.

Les allocations prévues par le législateur sont fixes, forfaitaires. Elles sont indépendantes de vos revenus ! Elles sont influencées uniquement par votre situation familiale.

Par conséquent, plus vos revenus sont élevés, plus votre perte sera importante.

Durant le premier mois de votre incapacité de travail, vous ne recevez **rien** de la Sécurité Sociale.

A partir du 2ème mois, vous recevez un montant fixe influencé par votre situation familiale (avec ou sans charge familiale).

A partir de la deuxième année, vous touchez une allocation fixe très légèrement supérieure.

Les allocations mensuelles sont fonction du nombre de jours ouvrables (régime de 6 jours par semaine).

Pour percevoir des allocations, vous devez avoir cessé **complètement** toute activité (invalidité minimum = 67 %).

Les chiffres parlent d'eux-mêmes.....

Ménage Indépendant - 1 revenu

Revenu en €		Maladie/Accident (2ème au 12ème mois) avec charge familiale		Invalidité (à partir de la 2ème année) avec charge familiale	
Brut an	Brut mois	Brut mois	Perte	Brut mois	Perte
50.000	4.166,67	718,32	3.448,35	723,12	3.443,55

Isolé Indépendant - 1 revenu

(pour un ménage ayant 2 revenus, les allocations par conjoint sont comparables)

Revenu en €		Maladie/Accident (2ème au 12ème mois) sans charge familiale		Invalidité (à partir de la 2ème année) sans charge familiale	
Brut an	Brut mois	Brut mois	Perte	Brut mois	Perte
50.000	4.166,67	538,80	3.627,87	542,40	3.624,27

Les prestations légales auxquelles le médecin-salarié a droit en cas d'incapacité de travail.

Si le médecin salarié bénéficie d'un régime légal plus favorable, il est toutefois aussi concerné par la chute drastique de ses revenus en cas d'invalidité. Les interventions de l'A.M.I. (Assurance Maladie-Invalidité) sont en effet plafonnées.

Durant le premier mois :

Paiement obligatoire du salaire du médecin-salarié par l'employeur.

Période d'incapacité de travail primaire (à partir du 2^{ème} mois jusque et y compris le 12^{ème} mois) :

Allocation maximale pour un médecin-salarié cohabitant dans un ménage à un seul revenu, ou personne isolée = 60 % du salaire plafonné:

Période d'invalidité (à partir du 13^{ème} mois) :

Allocation maximale pour un médecin-salarié cohabitant dans un ménage à un seul revenu = 65 % du salaire plafonné (max. 59,54 €/jour)

Pour une personne isolée = 45 % du salaire plafonné (max.39,69 €/jour)

Salaire plafonné :

Le salaire maximum dont on tient compte s'élève à 30.960 € pour 2003.

La rente journalière maximale est octroyée 6 jours/semaine.

Les avantages de la Sécurité Sociale sont déterminés uniquement sur la base de 12 fois le salaire mensuel. Ainsi donc, le 13^{ème} mois et le pécule de vacances ne sont pas couverts.

La solution à cette lacune ? Le revenu garanti.

Cette assurance a pour objet de combler une partie de la différence entre les prestations légales décrites ci-dessus et vos revenus réels.

Elle doit vous permettre, en cas d'incapacité de travail de moyenne ou longue durée, de faire face à vos obligations : charges professionnelles et familiales, remboursements, etc.

Quelles en sont les caractéristiques essentielles ?

Combien ?

Vous fixez vous-même la rente annuelle que vous désirez assurer en fonction de votre situation personnelle. Les compagnies d'assurance limitent toutefois leur intervention à un plafonds (généralement 50.000 € à 62.000 €).

Par ailleurs, vous avez le choix entre deux types de rente. Celle-ci peut être constante, ce qui veut dire qu'elle reste fixe pendant toute la durée de l'indemnisation, ou croissante, ce qui signifie qu'elle augmente annuellement (en progression arithmétique ou géométrique).

Comment ?

En cas d'incapacité de travail d'au moins 25 %, vous touchez une rente sous forme de paiements mensuels, à terme échu.

Les prestations sont proportionnelles au degré d'incapacité. Par exemple, si elle est de 50 %, vous touchez 50 % de la rente.

Quand ?

Vous percevez la rente dès le jour qui suit le délai de carence qui peut être de 30, 60, 90, 180 ou 365 jours.

Les prestations s'arrêtent au terme contractuel (65 ans).

En plus.....

Dès l'entrée en jouissance de la rente, vous êtes exonéré du paiement de la prime, et ce à nouveau proportionnellement au degré d'incapacité. Si elle est de 50 %, vous ne payez plus que 50 % de la prime.

Lorsque le degré d'incapacité de travail est égal ou supérieur à 67 %, la rente versée est égale à 100 % de la rente assurée et l'exonération de la prime est totale.

Quels sont les atouts du revenu garanti du G.B.S. ?

- des conditions de premier ordre
- une indemnisation pour tout type d'incapacité : partielle ou totale, temporaire ou permanente
- calcul de l'indemnité sur la base du taux d'invalidité (économique ou physiologique) le plus élevé
- maintien du délai de carence pendant toute la durée du contrat , alors que le marché porte usuellement ce délai à 1 an au-delà de 60 ans
- possibilité d'assurer jusqu'à 86.750 € de rente (montant indexable)
- les modalités préalables à l'acceptation de votre souscription sont très souples. Sauf exception (rare), il vous suffit de remplir un questionnaire médical
- adhésion possible jusqu'à 55 ans
- dans le cas d'une grossesse ou d'un accouchement, intervention de l'assureur en cas d'anomalie pathologique entraînant une incapacité totale de travail
- pas de distinction tarifaire entre hommes et femmes
- pas de surprime en fonction de la spécialité
- une prime avantageuse vu qu'il s'agit d'une convention collective
- une tarification par tranches d'âge (jusqu'à 30 ans, 31 à 35 ans, 36 à 40 ans, ...) et donc la possibilité de bénéficier d'un tarif encore plus avantageux
- vous choisissez librement le montant de la rente, sa nature (constante ou croissante) et le délai de carence
- deux possibilités de croissance de la rente (en progression géométrique) :
 1. 2,5% (**nouveauté**)
 2. 5% (**exclusivité**)
- dès lors que vous justifiez de vos frais professionnels, la prime peut être déduite fiscalement à 100 %
- le contrat peut être souscrit par votre société.

Vous désirez recevoir les conditions générales du contrat ainsi qu'une offre personnalisée ? Pour cela, il vous suffit :

- soit, de retourner le formulaire ci-joint à Gras Savoye Belgium,
- soit de faire votre demande par voie électronique en visitant le site Internet du courtier en assurances du G.B.S. : www.grassavoye.be → Rubrique « Fédérations professionnelles » .

Important : Si vous avez déjà une police « revenu garanti », rien ne vous empêche de comparer et, le cas échéant, de souscrire un complément de rente si vous estimez que votre rente actuelle est insuffisante.

Collective "revenu garanti" souscrite par le G.B.S. au profit de ses membres

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. : Fax:..... Email.....

Je désire recevoir les conditions générales du contrat ainsi qu'une offre personnalisée sur la base des données suivantes :

* Montant de la rente :

* Date de naissance :

* Délai de carence : 30 / 60 / 90 / 180 / 365 jours (entourer le délai choisi svp)

* Rente constante/croissante 2,5%/croissante 5% : (souligner la formule choisie svp)

Date :

Signature et cachet professionnel

DOCUMENT A RENVOYER A :
Gras Savoye Belgium
Zuiderlaan 91, 1731 ZELLIK

OU A FAXER AU :
02/481.18.10

A l'attention de Mr. Ph. BEX

REUNIONS SCIENTIFIQUES

COLLOQUE INTERNATIONAL "SOPHROLOGIE, HYPNOSE et THERAPIE" dimanche 9 novembre 2003 de 9 à 17 h à l'Holiday Inn (Heysel)

organisé par la Société Belge de Sophrologie et de Relaxation et la Société Belge d'Hypnose de Langue Française.

Rens. et Inscr. : Ph. MUSSCHOOT - Square du Souvenir, 4 - 5001 Namur

TEL + FAX Secrétariat: 081/74.89.70 - E-Mail :secretariat@sbsr.be ou site www.sbsr.be

ETUDES APPROFONDIES EN STOMATOLOGIE PEDIATRIQUE Collège de médecine des hôpitaux de Paris

**Année universitaire 2003- 2004
Hôpital ROBERT DEBRE (Paris)**

Programme :

- 16 octobre 2003 : Appréciation de l'état de santé de l'enfant. Utilisation du carnet de santé
- 6 novembre 2003 : Imagerie dentaire et crânio-faciale. Stratégie sémiologique
- 13 novembre 2003 : Principales pathologie générales impliquant la recherche d'infections focales
- 27 novembre 2003 : Stratégie de mise en état de la cavité buccale dans les affections complexes. Le SIDA. La drépanocytose
- 11 décembre 2003 : L'enfant hémorragique
- 18 décembre 2003 : Notions générales de cancérologie pédiatrique
- 8 janvier 2004 : Prise en charge stomatologique des insuffisants moteurs cérébraux
- 15 janvier 2004 : Pathologie linguale de l'enfant. Principaux aspects cliniques
- 22 janvier 2004 : Pathologies salivaires de l'enfant
- 29 janvier 2004 : Ostéites des maxillaires de l'enfant
- 5 février 2004 : Tumeur bénigne des maxillaires
- 12 février 2004 : Equilibre crânien et croissance maxillaire
- 4 mars 2004 : D.D.M. Extractions pilotées en DM? Quelles dents extraire et pourquoi?
- 18 mars 2004 : Analyse céphalométrique. Base de construction
- 25 mars 2004 : Fonctions. Dysfonctions orofaciales de l'enfant
- 1^{er} avril 2004 : Classe II en denture lactéale. Classe III en denture lactéale
- 8 avril 2004 : Classe II en denture mixte et permanente. Classe II en denture mixte et permanente
- 29 avril 2004 : Ostéotomie de Lefort. Ostéotomie d'Obwegeser
- 6 mai 2004 : Flore buccale de l'enfant
- 13 mai 2004 : Analyse des radiographies panoramiques
- 27 mai 2004 : Soins et prothèses dentaires en denture temporaire
- 3 juin 2004 : L'urgence traumatique. Rédaction du certificat médical initial
- 10 juin 2004 : Thérapeutiques pulpaires des dents permanentes immatures
- 17 juin 2004 : Principe de la chirurgie réparatrice de la face chez l'enfant
- 24 juin 2004 : Questions et repères éthiques en pédiatrie hospitalière

Renseignements :

Mesdames SUREAU, LEVEQUE, Hôpital ROBERT DEBRE – Service de Stomatologie-Chirurgie Maxillo-Faciale et Plastique Pédiatriques – 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris – Tél. : 00.33.1.40.03.57.04 ou 00.33.1.40.03.47.33 – Fax : 00.33.1.40.03.21.81

GASTROENTEROLOGY AND ENDOTHERAPY : XXIInd EUROPEAN WORKSHOP
Brussels Exhibition Centre (Heysel) – Monday, June 21 to Wednesday, June 23, 2004

This course is designed for endoscopists, gastroenterologists, physicians in training as well as for GI nurses. It will include live video demonstrations permitting interchanges between faculty and registrants during procedures, using interactive personal computer assistance, lectures and quizzes. The procedures will be performed by expert endoscopists in collaboration with radiologists, pathologists and surgeons of the Brussels Faculty.

The aim of these demonstrations is not only to show the new devices and tricks for succeeding in each type of therapeutic procedures, but above all to explain clearly how to avoid the complications related to therapeutic endoscopy and to offer attractive and interactive discussion on practical case management.

OFFICIAL LANGUAGE: ENGLISH (no simultaneous translation)

For any further information :

Administrative Secretariat, Mrs Nancy BEAUPREZ

Gastroenterology Department, Erasme Hospital, Route de Lennik 808, B-1070 BRUSSELS

TEL : + 32(0)2 555 49 00 - FAX: + 32 (0)2 555 49 01 - E-mail: beauprez@ulb.ac.be

ANNONCES

03040 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.

03045 **BRUXELLES** : **CABINET** d'ophtalmologie réputé **A CEDER** à confrère expérimenté pour 61.973 Eur. Tél. 0495/57.40.65.

03052 **IXELLES** : cherche **OCULISTE** pour cause de cessation d'activité professionnelle. Tél. : 0475.70.78.59.

03053 **BRUXELLES** : Polyclinique de Bruxelles Midi, grande affluence, cherche **DENTISTE** et **ORTHODONTISTE** pour 2^e cabinet libre. Tél. : 02.523.25.00 tous les après-midi sauf le mardi.

03054 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Le Centre spécialisé d'Herlaimont recherche, en vue d'une location de cabinet, **RHUMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, NEUROLOGUE, OPHTALMOLOGUE, GYNECOLOGUE** femme, **DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.

03055 **MALMEDY** : Clinique Reine Astrid de MALMEDY recherche pour entrée rapide, plusieurs **MÉDECINS B.M.A.** Contacter le Dr DEWART, Médecin-chef, tél. n° 080-793111 – e-mail : info@clinmdy.be

03056 **MALMEDY** : La Clinique Reine Astrid MALMEDY recherche, pour entrée prochaine, un médecin spécialiste en **GYNÉCOLOGIE**. Pour tout renseignement, contacter le Docteur DEWART, Médecin-chef, au tél. n° 080-79 31 11. e-mail : info@clinmdy.be

03057 **FRANCE (LYON - RHÔNE)** : Clinique mutualiste de chirurgie et d'obstétrique recherche deux médecins **ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS** pour l'activité de chirurgie (70 lits) et d'obstétrique (1600 accouchements). Statut libéral des praticiens. Pour tout renseignement : Dominique LEBRUN - Tél. 0033/478958279 - e-mail : d.lebrun@mutualitedurhone.fr

03060 **UCCLE** (Avenue Coghen) : **A LOUER** petit local 2,7 sur 2,... pour profession paramédicale – kiné, diététicienne – orient. pédiatr. – gynéco préférence dans profess. médicale et paramédicales. Loyer à discuter : env. 8000 FB / mi-temps – horaire à convenir. Tél. : GSM : 0475.58.14.59.

03062 **ARLON**: Service d'Anesthésie-Réanimation recrute deux **ANESTHÉSISTES** temps plein avec possibilité d'entrée en fonction immédiate. Renseignements: Dr J-C Henin, tél: 063/231521 (063/218984 le soir).

03063 **RADIOLOGUE POLYVALENT** assure votre remplacement à BRU, BRAB. W, HAINAUT. Tél. : 0486/06.59.73

03066 **A VENDRE** : échographe RTX 400GE 4sondes- AC2 FUJI (numérisation par plaques de phosphore) avec workstation, repro 26x36 et cassettes. Tél. 065/33.97.88. Prix à convenir.

- 03069 **BRUXELLES** : Polyclinique de Bruxelles Midi, grande affluence, cherche deuxième **RHUMATO-PHYSIOTHERAPEUTE** pour développer service existant. Tél. : 02.523.25.00 tous les après-midi sauf le mardi. Ecrire : Polycl. du Midi, 43 bd Jamar, 1060 Bruxelles.
- 03070 **COUVIN** : centre mais. bourg., us. prof. (cab. médec. ou para. médec.) et priv., récem. rénov. jard.; jous. : déb. 2004; vis. : mardi de 14 h à 15 h 30; rens. : not. Dandoy 060/31.36.41.
- 03071 **FRANCE** : Suite décès, **CABINET DE PEDIATRIE A REPENDRE**, Deux Sèvres (79), Région du Poitou Charentes. Seul cabinet sur tout le nord du département des 2 Sèvres, clientèle importante, très bonne condition de reprise. Contact : Fabienne HULCELLE, soit par tél. au 00.33.549.70.04.65 ou par e-mail pierre.hulcelle@free.fr
- 03072 **ESPAGNE : ALTEA - A LOUER** appartement dernier étage 2 chambres, 2 salles de bain, grandes terrasses, vue mer et montage, grande piscine en bord de mer, garage 2 voitures – Tél. : 0475/35.14.60.
- 03073 **BRUXELLES** : Nouvelle poli (rue de la Vieillesse heureuse 1 à 1080 Bruxelles) cherche : **DERMATOLOGUE, GYNECOLOGUE, ORL, NEUROLOGUE, PSYCHIATRE, OPHTALMOLOGUE**. Personne à contacter : Docteur Roelandts Frank 02/482.49.49. Website : <http://www.psychogeriatric.be>
- 03074 **MATERIEL MEDICAL A VENDRE** : Install. compl. RX TELECOM + génér. TROPHY + MAMMOG + tube plafon. + access. + pet. matér. + mobilier + mach. dével. Urgent pour cessation d'activité privée. GSM : 0475/92.56.20.

Table des matières

• Optimalisez le management financier dans votre hôpital ou votre institution de soins.....	1
• Faut-il passer chez le médecin généraliste avant le spécialiste ?	18
• Exécution de l'accord médico-mut – nomenclature – situation 11.09.2003.....	19
• Matériel endoscopique et de viscérosynthèse.....	23
• Prix Herman Houtman 2004 – Règlements	23
• Assurance "Revenu Garanti" du GBS	26
• Réunions scientifiques	30
• Annonces.....	31