
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° 2 / MARS 2005

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

NOUVEAUX TARIFS

Les nouveaux tarifs applicables à partir du **1.4.2005** pour les **consultations** sont disponibles sur le website du GBS. Ils peuvent également être obtenus sur simple demande par téléphone au 02/649.21.47

Le Médecin Spécialiste est également envoyé sous forme de "e-spécialiste". Si vous n'avez pas encore reçu l' "e-spécialiste", envoyez dès à présent votre adresse e-mail à info@vbs-gbs.org. L' "e-spécialiste" : un instrument indispensable pour la pratique médicale spécialisée.

UN AN DE PRÉSIDENCE

Allocution du Dr Jean-Luc DEMEERE, président du GBS, à l'occasion de l'assemblée générale du 5 février 2005

Il y a un an, la succession du professeur Gruwez était ouverte et pour être honnête on ne se pressait pas au portillon. Cependant il fallait un candidat de préférence bilingue et ayant une certaine ancienneté dans la maison. Ne pas trop révolutionner les bonnes habitudes était par expérience souhaitable. Ne pas enfoncer les portes ouvertes, l'était aussi. Et surtout ne pas avoir la grosse tête. Le président est un titre qui se définit par et pour les autres. En soi et par soi il n'est rien. Le président est à mon sens le coach de l'équipe. Et c'est l'équipe qui compte. C'est l'équipe qui réalise les projets, c'est l'union des unions qui est la force de notre mouvement.

Un des premiers soucis de votre nouvelle équipe a été de mieux définir le core business de notre groupement. Par un premier mai ensoleillé, votre bureau s'est mis au travail pour définir le « mission statement », pour mieux orienter notre action et définir notre mission.

En dix points nous avons voulu recentrer notre activité.

Notre organisation professionnelle est par définition un groupement de plusieurs associations de médecins spécialistes. Une organisation professionnelle a également à cœur les intérêts des médecins spécialistes à titre individuel. La première difficulté réside dans la contradiction entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs. Le GBS a pour but de préserver un équilibre entre les spécialités mais également de défendre tous les aspects des pratiques de la médecine spécialisée. C'est la mission première du GBS. Deux éminences en matière de législation, à savoir Jos et Fanny, répondent avec expertise à toutes les questions des médecins ou des unions professionnelles et aident au besoin à éteindre quelques "feux". Ce service est le n° 1 de notre

mission statement. Jos et Fanny, vous constituez la pierre angulaire de notre organisation. Je vous en remercie.

La défense des intérêts n'implique toutefois pas seulement d'intervenir rétroactivement quand le mal est fait. Une autre mission du GBS consiste à intervenir proactivement dans les matières de l'INAMI, par le canal des syndicats médicaux ou en menant un lobby. Le secrétaire général du GBS est l'intermédiaire idéal, entre le GBS et l'ABSyM-BVAS. Mais il est davantage encore. Comment le GBS pourrait-il fonctionner sans le Dr Marc Moens? Personnellement, je ne peux pas me l'imaginer. Son expérience, sa mémoire, sa présence à d'innombrables réunions définissent toutes les actions de notre organisation. Dans cette salle sont réunis des collègues-médecins qui sacrifient leur temps libre pour les autres, qui s'engagent cœur et âme pour leur spécialité et qui réalisent parfaitement combien il est difficile de combiner une vie familiale avec une activité professionnelle et le syndicalisme. C'est du reste une grande interrogation pour le futur... Mais pour le Dr Marc Moens vient s'y accoler une autre dimension, à savoir le nombre d'heures de repos et de temps libre. Marc, et de cela je peux en attester, tu es disponible jour et nuit pour le GBS, et ce avec une efficacité et une expertise maximales. Je t'en remercie et mes remerciements également à ton épouse.

Les zones de tension entre les médecins forment une vieille blessure que la pléthore ne fait qu'aggraver. Il s'agit d'un problème très sensible ces temps-ci. Les responsables politiques, les groupes d'intérêt et les généralistes s'amusent des attaques perpétrées à l'encontre des riches cardiologues et chirurgiens. C'est de la pure démagogie. De l'intoxication à l'état pur et une intoxication préjudiciable. Et tout cela dans un seul but : réaliser des économies sur le dos des spécialistes.

La suppression des suppléments dans les chambres particulières et les chambres à deux lits est aberrante avec l'actuel système de financement des hôpitaux. De la pure démagogie étant donné que le "refinancement" projeté par le ministre Demotte – pour autant que son collègue Vandelanotte lui en donne les moyens – n'est guère susceptible de freiner la croissance du déficit structurel du financement des hôpitaux.

Les chiffres n'ont pas de valeur en soi. Et pire encore ils sont par essence abstraits, ininterprétables, mais manipulables. Le budget des médecins spécialistes est de loin supérieur à celui des généralistes. Donc les spécialistes gagnent trop... La « logique » des politiques. Le mauvais exemple d'application n'a-t-il pas été donné par un gestionnaire d'hôpital ancien membre du cabinet précédent. Mais quand on est aux abois, quand aucune solution ne permet de résoudre un problème à l'intérieur du système, il reste toujours la technique du bouc émissaire. Le déficit de l'INAMI, c'est la faute de ces riches spécialistes qui gagnent plus de 400000 € par an.

Divide et impera. Opposer les généralistes aux spécialistes, les spécialistes aux chirurgiens et cardiologues, et si besoin est, utiliser des pouvoirs spéciaux: voici la recette de la politique de santé en Belgique. Soyez sans crainte, la « vox populi » (c'est-à-dire les médias) soutiendra ses politiciens contre ces voleurs de spécialistes qui ruinent leur politique de santé. C'est cela l'effet de la démagogie. Louis XI disait - et les historiens y voient sa maxime favorite - : qui nescit dissimulare, nescit regnare. La vérité n'a pas ses droits en politique. Mais la politique s'octroie toutes les vérités.

Les généralistes sont les dépositaires des dossiers des malades. Certains se considèrent même comme les propriétaires des malades. Le médecin est au service de la population et non l'inverse. A quand une banque centrale de données par patient et accessible à tous les médecins qui prennent le patient en charge. Cette banque devra écarter les doublons, ces examens inutiles répétés par des médecins différents qui ne disposent pas d'un dossier unique par patient. Et le DMG ? Ne croyez pas que le médecin généraliste pourra vous transmettre l'ensemble de toutes ces informations. Et osons le dire, même le ministre a reconnu que ce DMG est un financement alternatif pour les médecins généralistes. Mais, avec les moyens techniques actuels, qu'est-ce qui nous empêche d'optimiser la transmission de l'information? Une banque de données centrale, un dossier global accessible aux généralistes et aux médecins spécialistes permettrait de faire des économies.

Selon l'OCDE en 2004, le coût global de nos soins de santé est de 9,1% du PIB. Ce chiffre est identique à celui des Pays-Bas. Et pourtant on opère en Belgique les patients obèses, cardiaques, handicapés de la hanche venant de pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas. Chez nous pas de liste d'attente, pas de soins réservés à certaines classes d'âge, pas de technologies

réservées aux nantis. Nous avons une des meilleures médecines du monde, une des plus accessibles au monde et une des moins chères. Qu'on s'en souviene.

Le financement de notre système de santé est copié ou envié par nombre de pays. Nous avons une sécurité tarifaire pour les moins favorisés, basée sur une négociation entre les assureurs sociaux et les médecins. Paradoxe, car on interprète ce qui est une sécurité tarifaire pour les moins nantis c'est-à-dire le tarif INAMI, comme une obligation tarifaire pour l'ensemble de la population. Le tarif INAMI est devenu dans l'esprit des gens l'honoraire du médecin. La démagogie aidant, tout écart est considéré comme un supplément voire un enrichissement personnel du médecin. On transforme la notion d'honoraires en celle de tarif de prestation. On évolue du concept de médecine, profession libérale, vers une médecine profession à tarifs fixes, forfaits, voire salariat.

On veut enlever la liberté thérapeutique et le libre choix du patient. On veut enlever l'incentive qui rapproche la réalité des soins à l'attente des patients, la première garantie de qualité. De cela sont privés les patients hollandais ou anglais, sauf quand ils se font soigner sur notre territoire.

Notre système de solidarité est différent de celui de Beveridge basé sur la fiscalité comme dans le NHS du Royaume Uni. Récemment, en Flandre des voix se font entendre pour fiscaliser la « zorgverzekering », l'assurance complémentaire en soins de santé. Le ministre Demotte désire des pouvoirs spéciaux. Assistons-nous au chant du cygne de notre système d'équilibre social négocié ? On peut s'interroger... Le GBS désire un système solidaire permettant un accès équilibré aux soins pour l'ensemble de la population. Il souhaite une révision, un nouvel équilibre et non une suppression de la nomenclature. Il exige le maintien de la négociation et rejette toute forme de totalitarisme qui par des pouvoirs normaux ou spéciaux la rendraient obsolète en imposant des tarifs fixés d'autorité. Le GBS n'admet pas le discours actuel visant à transformer d'un coup de baguette magique les honoraires des médecins spécialistes en des honoraires dits « purs ». Les médecins doivent rester maîtres de leur outil. Le GBS exige une adéquation réelle du financement des hôpitaux et une réelle transparence des flux financiers. Les honoraires médicaux ne servent pas au financement des hôpitaux. Par contre le médecin hospitalier est le partenaire économique au sein de l'hôpital. Si l'on a admis pour certaines activités médicales au sein de l'hôpital, la séparation entre les honoraires pour l'acte médical et la part pour le financement de la technicité nécessaire à cet acte, on ne peut en aucun cas admettre la séparation dans la gestion entre les honoraires techniques et intellectuels. En d'autres termes, nos hôpitaux ne doivent pas être co-financés par les médecins, ils doivent être co-gérés. Nous devons exiger ce droit de disposer de nos honoraires. N'oublions pas que le sous-financement aidant, environ 50% du budget de nos hôpitaux est assuré par les honoraires des médecins. Co-gestion et ré-équilibre de la nomenclature !

La nomenclature est la base actuelle de notre système de financement, et donc de notre système de santé. Cette nomenclature est une vieille dame qui compte plus de 11000 prestations. Elle-même ne comprend parfois plus le libellé de certaines prestations. Alors le praticien se demande comment concilier le code vétuste avec l'évolution des soins, le fruit de sa formation et de son obligation de « dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient » (art 73 §1 de la loi SSI). Il assimile un code à la pratique selon les règles de l'art. Qu'il se méfie cependant.

Sa lecture du libellé diffère parfois de celle du contrôle médical. Alors là, bonne chance ! Ses droits sont bafoués. Son cas sera examiné par un tribunal administratif qui, sans sa présence ou celle de son conseil, jugera et définira une sanction tout en lui infligeant le remboursement du fruit de son travail dévoué. Parlons-nous encore d'un Etat de droit ? Je vous invite à relire les articles 140 et 141 de la loi A.M.I., cauchemar de notre administration et de Jos et de Fanny en particulier.

Et là aussi, notre action comme GBS est de contacter les politiques, de faire du lobbying auprès des cabinets, de contacter les avocats pour engager des procédures devant les hautes cours de justice. Que d'heures perdues à essayer d'obtenir un peu de justice pour les médecins.

Que d'heures perdues à maintenir l'acquis pour notre profession. Que d'heures perdues à s'opposer à des théories démagogiques de certains parlementaires peu conscients de l'efficacité de notre système. On vient de déposer un projet de loi concernant les infections nosocomiales. Que d'heures à perdre encore à convaincre des politiciens, des technocrates, statisticiens, sociologues, professeurs de santé publique ou médecins universitaires, que notre système reste un des moins coûteux et des plus efficaces en matière de santé.

Ayant personnellement suivi certains cours universitaires en management médical, je m'étonne que les systèmes proposés et utilisés dans certaines cliniques universitaires ont abouti à des déficits monstrueux et ont nécessité des restructurations. Je m'étonne de la gestion peu scientifique mais souvent efficiente de nos cliniques privées et du déficit comblé par les deniers publics de certains CPAS.

Les académiques ont de plus en plus de pouvoir. Grâce à l'aura de la science, ils sont écoutés par les politiques. Ils veulent s'accaparer la formation des médecins. Chose bien compréhensible en ces temps de restriction de cette main-d'oeuvre bon marché par le numerus clausus. En francophonie, les doyens ont formé un front commun contre l'application de celui-ci. On peut comprendre qu'ils s'opposent aux décrets de Madame Dupuis. Mais leur demande dépasse ces décrets et certains professeurs clament la suppression, pure et simple, du numerus clausus. Non sans humour, à une réunion de l'union des urologues où je fus invité (et je les remercie de l'invitation), une assistante de Madame Delière, elle-même absente, a clamé haut et fort qu'il y avait pléthore de médecins en Belgique. Enfin ! Malheureusement, les doyens n'assistaient pas à cette réunion.

Notre politique du GBS est de défendre le numerus clausus afin de réguler les coûts de santé.

En septembre 2004, nous avons organisé un symposium qui s'est révélé un succès. J'adresse mes remerciements à ce propos à mon prédécesseur, le Prof. Jacques Gruwez. Permettez-moi de profiter de cette occasion pour remercier publiquement le Professeur Gruwez pour sa présence assidue à nos réunions du bureau et pour ses interventions qui défendent toujours une mise en œuvre digne de la médecine. Pour la profession, Jacques Gruwez est l'homme qui a réalisé à la perfection la symbiose d'une carrière académique et d'une conscience syndicale pour la médecine non académique. La motivation du Professeur Gruwez repose sur des valeurs humanistes mettant la médecine au service non pas de la science mais bien du patient. Ces valeurs se distinguent d'intérêts purement économiques ou politiques et mettent l'accent sur la relation humaine entre un médecin – qui est toute sa vie durant au service des autres – et son patient. C'est ce que de nombreux responsables politiques ne comprennent pas. Professeur, vous étiez mon prédécesseur. Reprendre votre fonction n'est pas chose aisée. Je m'efforce de remplir ma mission dans le même esprit.

Le symposium organisé en septembre s'inscrivait dans le cadre du 50^e anniversaire du GBS. Il y a un demi-siècle, des spécialistes se sont réunis pour fonder un Groupement d'unions professionnelles. Une de leurs missions consistait en l'agrément des médecins spécialistes. Aujourd'hui, nous devons nous battre pour pouvoir former les assistants dans les hôpitaux périphériques. A mon sens, une formation strictement académique signifierait une perte de qualité. Les hôpitaux universitaires axent la formation sur des techniques ou des domaines spécifiques de la science et non pas sur l'apprentissage de tous les aspects d'une spécialité. Je plaide pour que dans le futur, les stages périphériques soient non seulement maintenus mais mieux encore rendus obligatoires. Je demande à tous les membres des commissions d'agrément de faire en sorte qu'un stage périphérique d'au moins 2 ans si possible soit obligatoire dans le curriculum de formation. Le Prof. Gruwez, le Dr Marc Moens et d'autres encore défendent cette position au sein du Conseil supérieur des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Malheureusement, d'autres nuages noirs nous arrivent en provenance du Conseil supérieur.

Les critères de reconnaissance des médecins généralistes parlent de "recertification". Cette nouvelle menace pour la profession ne se base pas comme on pourrait le croire sur une recherche de la qualité, bien au contraire, on recherche l'économie budgétaire. Sous ce terme de recertification se cache la notion de bonnes prescriptions, comme celle des génériques, de l'utilisation des recommandations du centre national d'expertise, bref la mise en pratique de la médecine réglementaire et économiquement normalisée. Ce trend n'est d'ailleurs pas uniquement belge. Au niveau de l'U.E.M.S., nous assistons à la même tendance. Le Dr Mailliet, secrétaire général de l'UEMS et membre de notre bureau, est notre agent de liaison pour nous informer des trends européens. Merci Bernard pour ta présence efficace au sein de notre bureau. Merci pour ton travail au sein de l'Union Européenne des Médecins Spécialistes.

Sous le couvert de la qualité on cherche à nous confiner dans des systèmes qui répondent aux modèles mathématiques de l'industrie. Que ce soit la forfaitarisation, les montants globaux, les montants de référence, la réduction de la variabilité des pratiques, tous ces systèmes se basent

sur une logique purement économique et statistique. Votre patient demain devra être le patient « moyen ». Son financement sera basé sur une pathologie moyenne. Les malades sont un poste de coût, une cohorte de gens qui consomment des ressources. Le médecin est un pourvoyeur de services au moindre coût. Les forfaits constituent les ressources financières qui couvriront les besoins engendrés par la prestation de service. Allez expliquer à votre patient qu'il doit devenir un patient « moyen ». Pourquoi maintenir en hospitalisation un patient à risque de morbidité élevée? Il faut de suite le transférer. Et on parle d'une médecine à deux vitesses. Qui la crée ?

Le GBS s'oppose au forfait. En économie, le trend dans les entreprises est l'analyse des coûts marginaux et l'activity based costing. Pas les forfaits ou les moyennes. Par contre, dans le système économique hospitalier où le financement des unités de production est assuré à 50% à partir des honoraires médicaux, on estime que les forfaits peuvent se défendre, tout en sachant que le déficit est (in)directement à charge des médecins. Et on s'oppose aux suppléments privés, à la variabilité des pratiques. Et on s'attaque aux honoraires qui maintiennent l'équilibre financier comme ceux des nucléaristes, radiologues et biologistes. Médecine à deux vitesses ?

Le Dr Mercken, autre fidèle de notre bureau, nous rappelle souvent la mainmise par les non-médecins dans l'exercice de l'art médical. Non sans humour, il nous montre combien ceux qui n'exercent pas la médecine se plaisent à vous dire comment on doit l'exercer. Et à vous de prouver le contraire. Merci Jacques pour ton infatigable clairvoyance.

Précisément les mutuelles avec leur présence dans toutes les structures de l'INAMI, jouent ce rôle de modérateur des pratiques médicales. Le Groupe G8 sous la direction de Monsieur Justaert et du Dr Van den Oever envisage la révision de certains actes de la nomenclature pour en avoir une meilleure utilisation et en contrôler les dépenses. Les modifications proposées provenaient d'indications des mutuelles ou d'avis secrets de certains confrères. Ayant assisté à ces réunions, je fus étonné de voir combien certains médecins généralistes ou spécialistes d'un certain syndicat voulaient pénaliser des médecins spécialistes. La jalousie entre médecins animait certains débats. Je le regrette. Mais cette expérience m'a montré comment les médecins sont parfois les pires ennemis de leur profession. Divide et impera.

Le ministre Demotte avait inauguré les dialogues de santé en annonçant que les patients seraient représentés dans tous les groupes de travail par les mutualités. Le pouvoir des mutuelles. Je participe également à un autre groupe de travail de l'INAMI. Toute discussion y est orientée par l'agence intermutualiste qui seule possède tous les chiffres concernant la pratique médicale. On sait tout de vous, de nous, de votre hôpital. Le pouvoir de l'information. Combien de vigilance ne faut-il pas pour intervenir à propos dans ces réunions. Sans compter que nous, médecins, nous avons comme métier l'exercice de la médecine et non pas l'analyse des statistiques et des paramètres hospitaliers. Des organisations comme le GBS, une fois l'information reçue de l'INAMI ou de l'Agence intermutualiste doivent préparer les textes pour nos réunions, nos conventions, nos négociations avec les mutualités.

Le Dr Maes, membre fidèle de notre bureau, et d'autres siègent en commission à la médico-mut ou dans d'autres commissions. Merci Eddy pour ton travail, pour ta présence et ton expérience.

Je profite de cette occasion pour vous signaler le rôle du GBS qui dans de nombreuses spécialités est en fait la mono-spécialisée qui prépare les négociations de l'INAMI. Ce rôle de notre organisation est proactif et maintient notre rôle dans cette organisation. Mais je reste persuadé que d'autres voies doivent être exploitées au sein de l'INAMI. Comme il y a 50 ans, nous devons définir et orienter la formation des médecins-spécialistes. Nous avons introduit en ce sens une demande à l'INAMI pour reconnaître le GBS comme centre de formation pour les GLEM. Nous devons nous profiler à l'avenir dans la formation non médicale des spécialistes. L'accréditation en est un moyen. L'accréditation par son site web est une carte de visite du GBS. Madame De Winter s'y est attelée pendant des années. Merci Madame De Winter. Koen Schrije et Pierre Nevrumont assurent le soutien logistique et informatique. Merci à vous.

Notre mission de formation peut se concrétiser par des cours ou séminaires mais aussi par des congrès ou symposia. L'expérience de septembre pourrait se répéter.

Comme président je dois vous dire que toutes ces réalisations ne sont possibles que grâce aux traducteurs, secrétaires, imprimeur, bref tout le personnel du GBS. Merci à vous, Ann, Brigitte, Delphine, Josiane, Vincent.

Eh oui, le 20 avenue de la Couronne est une petite PME qui ne vit pas de subsides. La PME fonctionne sur base et grâce à vos cotisations. Nous ne recevons pas de subsides comme certaines associations flamandes dites scientifiques sans pour autant dissimuler leur rôle idéologique et syndical.

Le GBS est votre organisation. Elle n'est pas dépendante du pouvoir public. C'est une organisation par et pour les médecins. Les membres du bureau y travaillent à titre bénévole et je les en remercie. Le système est en équilibre, précaire peut-être, mais en équilibre. Il est vrai que Bernard Van den Heule suit les comptes de près. Merci Bernard pour ton travail inlassable.

Vous l'avez compris, le rôle actuel du président du GBS est celui de coach. La machine tourne et tourne bien. Le président est un titre qui se définit par et pour les autres. En soi et par soi il n'est rien. C'est l'équipe qui compte.

Je vous remercie.

Dr Jean-Luc Demeere

05-02-2005.

PROJET DE LOI – "SANTÉ"

Le projet de loi" relatif à la maîtrise du budget des Soins de Santé et portant diverses dispositions en matière de Santé", comprenant les fameux pouvoirs spéciaux et dont nous avons déjà commenté les différents articles précédemment, est revenu chargé de critiques relativement amères du Conseil d'Etat. Il a fait son entrée dans la Chambre avec des adaptations qui ne répondent pas réellement à ces observations.

Les discussions au sein des Commissions parlementaires de la Santé Publique et des Affaires sociales viennent de démarrer. Nous avons fait part de notre avis à différentes fractions politiques (voir "[Note de synthèse- projet de loi 1627](#)"). Entre-temps le CD&V (MM Goutry et Verhaegen) vient de déposer ses projets d'amendement parmi lesquels d'une part la quasi suppression des pouvoirs spéciaux, mais d'autre part l'ajout d'un article 28bis visant à supprimer les suppléments d'honoraires des médecins non conventionnés en chambre à deux lits ou commune, tout en plafonnant le montant global des suppléments d'honoraires à 1000 € en chambre privée. Par ailleurs, parmi les propositions de loi jointes au projet se trouve un document PS – SP-A (Mr Y. Mayeur et Mme M.De Meyer) visant à supprimer les suppléments d'honoraires lorsque l'admission concerne un enfant hospitalisé avec un parent accompagnateur.

Le débat fondamental autour d'un deuxième pilier de financement des soins de santé est étouffé dans l'œuf.

Note de Synthèse – projet de loi 1627

(texte article 54 et brèves explications concernant certains autres articles – p. 8 – 10)

1. Notre critique principale porte sur les pouvoirs spéciaux (**art. 54 du projet**) dont l'étendue dépasse largement les principes constitutionnels notamment par des pseudo-descriptifs qui ne rencontrent pas du tout les observations formulées par le Conseil d'Etat.

Nous avons également formulé des critiques plus ciblées et d'ordre plus technique à ce sujet:

- "les honoraires" (§2,2°) n'ont en tant que tels aucune incidence sur l'objectif budgétaire; ce terme doit être remplacé par "le montant qui sert de base au calcul de l'intervention".

- le §4 dépasse toutes les limites de la délégation de pouvoir et permet au ministre de tout faire en matière de soins de santé et de législation hospitalière; ce paragraphe est inadmissible et doit être supprimé.

- la modification des délais de prescription (§2,2° al., 14°) permet d'inadmissibles injustices (à supprimer). Les autres points de 1° à 13° doivent être adaptés de manière à préciser la nature des mesures envisagées.

2. Par les pseudo-descriptifs de l'article 24 le projet s'octroie des pouvoirs spéciaux déguisés, tout en introduisant des principes contradictaires avec la législation et la réalité existante, d'où

aggravation implicite du sous-financement structurel des hôpitaux. Le fait d'interdire pour l'avenir toute facturation au patient est absurde. Il faut créer un deuxième pallier d'assurance de soins pour garantir l'avenir de notre système.

3. Le système répressif (procédures art. 141 loi SSI) doit davantage respecter les droits de la défense et affecter le Service d'évaluation et de contrôle médical au seul rôle d'enquêteur, en l'écartant de toute immixtion dans la juridiction proprement dite. Il faut adapter les procédures (art. 8. commissions des profils) et organiser une véritable évaluation raisonnable, fondée sur les compétences monodisciplinaires spécifiques et conforme à l'état de la science et à l'évolution de la médecine.

4. L'accréditation (art. 7): on peut envisager des règles normatives, pour autant que l'administration respecte son obligation d'information préalable. Nous proposons des adaptations techniques à ce propos. Par contre, il est inacceptable que des "recommandations" puissent avoir une valeur normative. Ce concept porte atteinte au principe légal de la liberté diagnostique et thérapeutique (art 73 §1 loi SSI).

5. Le "forfait" comme alternative aux montants de référence (art. 10) nécessite quelques adaptations techniques incontournables, permettant la définition au niveau de la nomenclature.

6. Les installations non conformes à l'agrément ou à la programmation (art. 11; ajout à l'art. 64 de la loi SSI) donnent lieu à des sanctions sur les honoraires (§2 de cet article). Normalement c'est le coupable qu'on sanctionne, à savoir le gestionnaire-exploitant qui détient le seul pouvoir de décision en la matière, et non celui qui est contractuellement contraint de soigner des malades avec l'outil illégal qui lui est imposé. Il faut donc supprimer cette sanction kafkaïenne.

Cette disposition montre bien l'absurdité du système légal: le gestionnaire est autorisé à prélever le financement de son infraction sur les honoraires médicaux. En lui interdisant cette façon de faire, le gestionnaire ne pourrait que se conformer à la réglementation.

Pour la nième fois nous demandons la suppression de l'art. 139bis de la loi sur les hôpitaux, par lequel tout sous-financement, voire toute sanction financière à l'égard de l'hôpital, peut être automatiquement répercutée sur les honoraires médicaux.

Le 2^e al. du même §2 doit tout simplement être supprimé. Il rend p. ex. impossible les prestations de soins les plus élémentaires de cardiologie en dehors d'un programme de soins cardiaques de base agréé.

7. Enfin, nous proposons quelques corrections d'ordre technique (art 16) et la suppression du point 4^e de l'art. 107quater §2 de la loi sur les hôpitaux (art. 27). En effet nous ne voyons pas pour quelle raison l'usage inapproprié nocturne des services d'urgences devrait être encouragé.

Amendements proposés par le CD&V:

- Nous nous opposons formellement contre l'amendement 33 (proposition d'un art. 28bis) supprimant les suppléments d'honoraires en chambre à deux lits ou plus, pour les médecins non conventionnés et imposant un plafond global de suppléments d'honoraires. On ne voit pas pourquoi le CS&V veut sponsoriser les compagnies d'assurances.

- Nous nous opposons également contre la bureaucratie supplémentaire et inutile visée par l'amendement 37 (proposition d'un art. 54bis : en cas d'application du tiers-payant, le médecin devrait remettre au patient un document comportant non seulement les numéros de code, mais également un descriptif de la nature des prestations effectuées). L'inverse donc de la simplification administrative.

Art. 54 du projet de loi 1627

§ 1er . Aux fins de concrétiser l'objectif budgétaire global 2005 dans l'assurance soins de santé, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prendre les mesures visées dans cet article.

Ces mesures doivent produire leurs effets dans le courant de l'année 2005.

§ 2 Par dérogation aux procédures visées dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, , le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres prendre des mesures visant à:

1° combattre toute forme d'usage inadéquat et abus et à garantir un contrôle efficace des dépenses, dans et en dehors des établissements de soins;

2° adapter l'intervention de l'assurance et les conditions d'octroi ainsi que les honoraires des prestations de santé visées à l'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

À cet effet, Il peut prendre toute mesure utile et apporter aux lois précitées toute modification utile en vue de la réalisation des économies nécessaires afin:

1° d'adapter les règles relatives à l'établissement du budget des soins de santé et relatives aux mécanismes de correction;

2° d'adapter les règles relatives au budget global des prestations octroyées aux bénéficiaires dans un hôpital;

3° de modifier la nomenclature des prestations de santé par dérogation aux conditions fixées à l'article 35, § 2, de la loi précitée du 14 juillet 1994;

4° d'adapter les dispositions en matière de maximum à facturer fixé sur la base des revenus du ménage des bénéficiaires et exécutées soit par les organismes assureurs, soit par l'Administration de la Fiscalité des entreprises et des revenus;

5° de renforcer les missions et le rôle de la Commission de contrôle budgétaire et la fonction de conseiller budgétaire et financier;

6° de préciser et d'adapter les missions et la composition des organes consultatifs de la rééducation fonctionnelle et des commissions de profils;

7° de modifier les interventions personnelles pour les visites et consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes par dérogation à la procédure fixée à l'article 36 de la loi précitée du 14 juillet 1994;

8° de simplifier les procédures de modification des listes visées à l'article 35 bis et à l'article 35 ter de la loi précitée du 14 juillet 1994;

9° de modifier les conditions et les règles suivant les-quelles un avantage est accordé à certains médecins s'ils répondent aux exigences de qualité et de quantité en matière de pratique médicale, par dérogation à la procédure fixée à l'article 36 bis de la loi précitée du 14 juillet 1994;

10° d'adapter les règles relatives aux données et aux documents qui doivent être transmis à l'Institut par les dispensateurs et les organismes assureurs;

11° de mieux définir le contenu des budgets hospitaliers et des honoraires médicaux;

12° d'adapter les dispositions relatives à la réduction de l'intervention de l'assurance due par les pharmaciens, visée à l'article 165, dernier alinéa, et aux cotisations à charge des firmes pharmaceutiques, visées à l'article 191 de la loi précitée du 14 juillet 1994;

13° adapter la procédure de fixation des recommandations et des indicateurs visée à l'article 73, § 2 de la loi précitée du 14 juillet 1994;

14° modifier le délai de prescription visé à l'article 174 de la loi précitée.

§ 3. Par dérogation à la loi précitée du 14 juillet 1994 et à la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, pour la période du 1er avril 2005 au 31 décembre 2005, les avis et propositions qui doivent obligatoirement être recueillis ou formulés, doivent être émis dans le délai fixé par le ministre, qui ne peut pas être inférieur à une

période de huit jours. Si la proposition n'est pas formulée ou si l'avis n'est pas émis dans le délai fixé, ils sont considérés comme ayant été donnés.

§ 4 Les arrêtés pris conformément au présent article peuvent abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions légales en vigueur qui concernent l'assurance obligatoire soins de santé ou les établissements de soins.

§ 5 Les arrêtés pris conformément au présent article peuvent compléter, modifier ou remplacer les conventions visées à l'article 23, § 3, de la loi précitée du 14 juillet 1994.

§ 6 Les arrêtés visés au § 2 sont communiqués, en vue de leur publication au Moniteur belge aux présidents de la Chambre des représentants et du Sénat.

§ 7 La compétence du Roi que lui confère le présent article entre en vigueur le 1er avril 2005 et prend fin le 31 décembre 2005.

§ 8 Les arrêtés pris conformément au présent article cessent de produire leurs effets le 31 décembre 2006, sauf s'ils ont été sanctionnés légalement avant cette date.

Aperçu concernant certains autres articles contestés:

Art. 24 du projet de loi 1627

Dans la loi S.S.I., il est inséré un article 96 bis, en ces termes:

«Art. 96 bis. — Pour les interventions, les services et prestations de soins dont les frais sont couverts de façon forfaitaire par le budget des moyens financiers, en application des dispositions du présent chapitre, aucune intervention financière ne peut être réclamée au patient.»

Art. 8 du projet de loi 1627

Les Commissions de Profils sont insérées en tant qu'organe en mesure, au même titre que le Service d'Evaluation et de Contrôle Médical, d'introduire un dossier auprès du Comité (procédures répressives art. 141, § 2 et 3 – Loi S.S.I.)

Art. 7 du projet de loi 1627

L'accréditation dépend du:

«respect de règles ou de recommandations en rapport avec la prescription rationnelle de médicaments et de prestations spécialistes fixées par le Conseil national de la promotion de la qualité ou, le cas échéant, par la Commission de remboursement des médicaments.»

Art. 10 du projet de loi 1627

Fixation du forfait en alternative aux montants de référence.

Art. 11 du projet de loi 1627

Aucune prestation ne peut être portée en compte en dehors d'un centre d'activités programmé ou agréé, pour lequel un agrément doit avoir été attribué. Les activités en non-conformité avec ce principe donnent lieu à des sanctions (- 10 % sur les honoraires ou forfaits) et scellés des appareils.

Art. 27 du projet de loi 1627

Les contributions forfaitaires pour les patients en unité de soins d'urgence ne peuvent pas être réclamées dans les cas suivants:

... "4° la consultation débute entre 21 heures et 6 heures du matin".

ITINERAIRES CLINIQUES

Chers Collègues,

Le GBS a été invité à apporter son concours au projet des itinéraires cliniques qui a été annoncé par le Service public fédéral (SPF) compétent pour la santé publique, la sécurité de la chaîne alimentaire et l'environnement. La coordination de ce projet est assurée par le Centrum voor Ziekenhuis en verplegingswetenschap (K.U. Leuven). L'objectif final est de conseiller le gouvernement fédéral dans le rôle qu'il pourrait jouer lors de l'introduction des itinéraires cliniques.

En novembre/décembre 2004, l'utilisation des itinéraires cliniques dans les hôpitaux belges a été examinée. Actuellement, les enquêteurs veulent sonder l'utilisation et la perception au sujet des itinéraires cliniques chez les travailleurs de santé (aussi bien en Flandre qu'en Wallonie).

Dans le cadre de cette enquête, l'itinéraire clinique est défini comme les "Schedules of medical and nursing procedures, including diagnostic tests, medications, and consultations designed to effect an efficient, coordinated program of treatment". (From Mosby's Medical, Nursing & Allied Health Dictionary, 4th ed, 2002)

Nous voulons vous demander votre collaboration à cette enquête. Vous avez accès à l'enquête via le lien suivant : <http://www.kuleuven.be/enquete/itinclinique/>. Vous obtiendrez alors les informations détaillées au sujet des objectifs du projet ainsi que les instructions nécessaires pour remplir le questionnaire.

Si vous avez des questions, vous pouvez toujours prendre contact soit avec le Professeur Sermeus, coordinateur du projet, soit avec Leentje De Bleser, collaboratrice du projet, au numéro : 016/33.69.61 ou via email : leentje.debleser@med.kuleuven.ac.be

Dans l'espoir que vous voudrez bien soutenir cette initiative, nous voulons déjà vous remercier d'avance pour votre collaboration.

Dr Marc Moens
Secrétaire général

Dr Jean-Luc Demeere
Président

Communication de notre assureur-conseil:

STATUT SOCIAL INAMI 2004 : MONTANTS ET NOUVEAUTES

L'arrêté royal du 19 janvier 2005 paru au Moniteur Belge du 25 janvier 2005 fixe le montant de la cotisation à verser par l'INAMI pour l'année 2004 à 3.046,80 EUR pour les médecins conventionnés à 100 % et à 1803,81 EUR pour les médecins partiellement conventionnés.

Pour pouvoir bénéficier de cette cotisation, vous êtes tenu d'en faire la demande par lettre recommandée auprès de l'INAMI **avant le 25/04/2005**. Une lettre type de demande du statut social peut être obtenue auprès du secrétariat (02/649.21.47) ou via le website www.gbs-vbs.org.

Nous attirons votre attention sur les changements suivants intervenus en cette matière :

- **Instauration d'un régime de solidarité**
- **Retrait de certains assureurs de ce marché spécifique des contrats INAMI**

1 . Instauration d'un régime de solidarité

L'article 46 de la Loi-programme du 24 décembre 2002 a en effet instauré un régime de solidarité **pour les couvertures de pension** financées par des interventions INAMI. Ces contrats vont donc être adaptés par l'organisme de pension ou les assureurs. Pour le revenu garanti, aucune adaptation n'est nécessaire.

Les cotisations de solidarité sont retenues par la compagnie d'assurances sur les primes payées dans la convention de pension sociale INAMI et reversées immédiatement au fonds de solidarité créé à cet effet.

Cette cotisation s'élève à 10% des cotisations versées.

Les prestations de solidarité faisant l'objet du régime de solidarité peuvent prendre des formes diverses :

- Prise en charge du financement de la pension complémentaire en cas d'incapacité de travail primaire (= première année de l'incapacité)
- Versement d'une rente en cas de perte de revenus due soit à une incapacité de travail, avec une limite de 25.000€ par an, soit à un décès, avec une limite de 20.000€ par an.
- Paiement d'une indemnité forfaitaire de maximum 25.000€ par an en vue de couvrir les frais de maladie grave ou de perte d'autonomie du pensionné
- Augmentation des rentes de pension ou de survie en cours
- Toute autre prestation considérée comme une prestation de solidarité par la législation applicable.

Les assureurs peuvent opérer un choix parmi ces différentes options.

2. Retrait de certains assureurs de ce marché spécifique des contrats INAMI

Certains assureurs « n'offriront pas la possibilité de souscrire un contrat social »...

En clair, sauf pour le revenu garanti, ils quittent la branche « INAMI », et vous devrez trouver une autre solution !

Conclusion

La matière devient à nouveau plus complexe !

Pour les médecins travaillant sous la forme d'une société, ces changements auront une influence sur la « règle des 80% » vu que le financement de leur contrat INAMI sera dorénavant amputé à concurrence de 10%.

Si votre compagnie quitte la branche,

si vous avez une assurance de groupe que vous désirez réviser,

si vous désirez vous constituer bientôt une assurance de groupe, en optimisant toutes les possibilités qu'offre le 2^e pilier en matière de pension extra-légale (cf. contrats INAMI et PLCI),

n'hésitez pas à contacter Philippe BEX de Gras Savoye Belgium, notre courtier conseil, sur son GSM au 0478.33.56.54. ou par mail à l'adresse suivante : philippe.bex@grassavoye.be

Table des matières

• Nouveaux tarifs	1
• Un an de présidence – Allocution du Dr Jean-Luc Demeere, président du GBS, à l'occasion de l'Assemblée générale du 5 février 2005	1
• Projet de loi – "Santé"	6
• Statut social INAMI 2004 : montants et nouveautés	11