
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° 8 / NOVEMBRE 2002

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

SYSTEME DU TIERS PAYANT

A la fin du mois de septembre – début du mois d'octobre, un nombre incalculable de médecins non conventionnés ont reçu une lettre recommandée du Collège intermutualiste national dans laquelle il leur est demandé, sous peine d'exclusion du système du tiers payant, de signer une déclaration par laquelle il s'engagerait sans condition à respecter les tarifs INAMI dans le cadre du système du tiers payant. Dans le cadre d'une action commune, le GBS et l'ABSyM ont expressément recommandé à nos confrères de ne pas signer le formulaire proposé. Entre-temps, nous avons également adressé la lettre (ouverte) suivante au C.I.N. Ce dernier a répondu rapidement que le problème serait soumis à son "Collège politique", lequel nous fera connaître sa position. Nous ne manquerons pas de vous tenir informés dans les plus brefs délais et de vous faire connaître les nouvelles directives en ce qui concerne l'attitude à adopter par les médecins individuels à cet égard (veuillez éventuellement suivre le dossier sur notre website www.vbs-gbs.org).

Certaines spécialités ont d'ores et déjà opté pour un arrêt général du système du tiers payant dans le cadre des soins ambulatoires, sauf pour les catégories sociales de patients. En effet, il est évident que vu la politique budgétaire actuelle, les mouvements de récupération automatique et les réductions de tarifs en cas de risque de dépassement budgétaire, le système du paiement au comptant offre une plus grande sécurité.

LETTRE OUVERTE

Commission Tiers payant
Collège Intermutualiste National
Madame N. BADIE
Secrétaire
Chaussée de Charleroi 145
1060 BRUXELLES

Bruxelles, le 3 octobre 2002

Madame la Secrétaire,

Concerne : vos récentes lettres recommandées relatives au tiers payant, adressées à de nombreux confrères.

Nous confirmons par la présente que nous conseillons avec insistance à nos collègues non conventionnés de ne pas souscrire à l'engagement que vous leur proposez. Nos raisons sont les suivantes :

1. Vous souhaitez imposer aux médecins concernés l'engagement de respecter les « tarifs INAMI ». Etant donné, toutefois que l'accord médico-mutuelliste actuel expire au 31.12.2002, il ne peut être question de s'engager au respect de tarifs dont le montant au 1.01.2003 est encore inconnu et dépendra dans une très large mesure de décisions unilatérales des Autorités.
2. Vous remplacez les tarifs de la Convention par les « tarifs INAMI ». C'est là une exigence contraire aux dispositions de l'accord médico-mutuelliste. En effet, vous faites sciemment abstraction du point L §5 de l'accord du 18.12.2000 stipulant que les montants et honoraires de l'accord ne sont pas applicables aux bénéficiaires disposant de revenus taxables élevés. Vous ignorez par la même occasion les dispositions relatives aux exigences particulières des patients (point L §§3 et 4 de l'accord du 18.12.2000). Ces exigences particulières donnent également lieu à des honoraires plus élevés. Par conséquent vous refusez de respecter ces éléments essentiels d'une convention bilatérale.
3. La situation juridique à laquelle vous faites référence dans vos lettres recommandées, à savoir l'art. 4bis §4 – 1° de l' A.R. du 10.10.1986 ne peut en aucun cas fournir un fondement juridique valable pour exiger l'engagement susmentionné, a fortiori sous la menace d'une exclusion du système du tiers payant. Vous n'appliquez d'ailleurs pas ces dispositions vous-même, puisqu' aucune décision motivée des organismes assureurs n'a été notifiée aux médecins concernés. Par ailleurs, vous avez été informé depuis de nombreux mois des noms des praticiens ayant notifié leur refus d'adhésion à l' accord. Dès lors, depuis des mois, vous avez appliqué le tiers payant pour les prestations des médecins concernés, sur une base juridique qui est incontestablement différente de celle que vous invoquez aujourd'hui.

Compte tenu de ce qui précède vous comprendrez que nous organiserons de manière collective l'assistance juridique nécessaire pour réclamer la réparation de tous préjudices que les médecins individuels pourraient subir suite à vos intentions soudaines de les exclure du système du tiers payant.

Nous attirons votre attention sur le fait que différents secteurs médicaux sont actuellement confrontés à des difficultés budgétaires incontournables et que l'équilibre financier des soins, que nous voulons de qualité, relève, aux tarifs INAMI actuels, de l'impossible.

Vous comprendrez dès lors que le moment est particulièrement mal choisi pour venir extorquer sous la menace des engagements par rapport à de futurs tarifs dont on sait dès aujourd'hui, avec une probabilité approchant la certitude, qu'ils entraîneront des situations intenable à court terme.

Notre choix est donc très clair : si vous maintenez les mises en demeure susmentionnées , nous appellerons les médecins à mettre immédiatement un terme à l'utilisation du tiers payant dans toutes les situations où cela est possible et socialement acceptable.

Il est grand temps pour élaborer un système socialement adapté et équilibré pour l'avenir.

Veillez croire, Madame la Secrétaire, à nos sentiments les plus distingués.

Dr M. Moens
Vice-Président ABSyM
Secrétaire général GBS

Prof. Dr J. Gruwez
Président GBS

Dr J. de Toeuf
Président ABSyM

LETTRÉ OUVERTE DES GYNÉCOLOGUES

Bruxelles, le 3 octobre 2002

Concerne: Adaptation honoraires **PRESTATIONS D'OBSTÉTRIQUE**
Futures négociations 'Accord médico-mutualiste' au sein de la "Médico-mut"
Ou ... "ON DEMANDE: OBSTÉTRICIEN H/F"

D'aucuns trouveront peut-être inopportun que, dans une période de dépassement budgétaire important dans les soins de santé et alors que divers acteurs établissent des listes de priorités et/ou des notes de frais arriérées, l'Association professionnelle des obstétriciens et gynécologues souhaite à nouveau attirer l'attention sur les rémunérations dans le cadre de la nomenclature d'obstétrique.

Et sachant que cette demande de revalorisation figurait déjà sur la table lors des deux précédentes négociations, on pourrait même parler d'exigence inouïe. Si ce n'est qu'il n'a pas été donné suite à la demande de doublement de ces honoraires puisqu'à l'époque, seuls quelques pour cent, en ce compris les indexations, ont été alloués à cette partie de la nomenclature de l'INAMI.

Nous renonçons à donner des exemples de tarifs de remboursement élevés dans d'autres disciplines pour des prestations qui ne supportent aucunement la comparaison avec les actes médicaux délicats de l'obstétrique. Cela équivaudrait à manquer de fair-play et nuirait à la cohésion entre les médecins.

De même, nous n'émettons aucune critique concernant la revendication actuelle des médecins généralistes qui souhaitent l'augmentation substantielle de leurs honoraires pour les prestations intellectuelles. Bien au contraire, nous aussi réclamons depuis des années le rééquilibrage des honoraires annoncé depuis si longtemps. Ils ont en effet raison de demander s'il est admissible que neuf années d'études supérieures puissent déboucher sur une rémunération journalière ridiculement basse.

Cependant, notre ancienne revendication pour une revalorisation légitime des prestations d'obstétrique avec l'introduction d'un tarif pour les prestations effectuées pendant la nuit et le week-end (les prestations d'obstétrique constituent ici la seule exception) est malheureusement encore totalement d'actualité sur la base d'une argumentation bien étayée.

L'obstétrique a en effet évolué à un rythme tellement surprenant qu'elle est devenue la discipline médicale par excellence qui souffre le plus de la pression médico-légale. Il en va de même du montant de la prime d'assurances qui pèse très lourd. Concrètement, plusieurs dizaines de gynécologues paient actuellement une prime équivalant aux honoraires officiels de 40 accouchements. En matière de facteur de risque, l'obstétrique se situe (seule) au niveau 6 le plus élevé, c'est-à-dire encore plus haut que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie !

Nombreux sont ceux pour qui l'obstétrique est progressivement devenue une entreprise (trop) risquée, malgré des soins d'obstétrique probablement plus défensifs en raison de la multiplication des demandes en dommages et intérêts.

Et, malgré les promesses ministérielles, le système "no fault" est resté lettre morte jusqu'à aujourd'hui, même si la législation sur les droits des patients qui est son corollaire a été mise en place.

Dans certains pays limitrophes, on ne trouve quasiment plus de gynécologues qui acceptent d'exercer cette partie délicate de la spécialité. De ce fait, l'obstétrique qui est une discipline si captivante et variée avec une forte orientation clinique, n'est plus, sous l'effet de la pression médico-légale accrue, qu'une spécialité réservée aux pilotes kamikazes. Et ce alors que dans ces pays, la rémunération des prestations d'obstétrique est justement tout à fait raisonnable.

On n'en est pas encore arrivé à cette situation extrême dans notre pays mais, sans changement de cap, elle semble inévitable. Par le biais des sociétés scientifiques, la profession a développé depuis des années de nombreuses initiatives aussi bien pour inventorier (Centre d'études Epidémiologie périnatale) que pour travailler dans un cadre consensuel evidence based (Directives

et recommandations). De cette façon, nous souhaitons pouvoir élaborer des modèles de prévention afin d'offrir une réponse aux pressions élevées des patients.

Entre-temps, le problème de la pléthore atteint des sommets inquiétants. Pour nous également, le contingentement qui est prévu à partir de 2004 n'arrivera pas une seule année trop tôt, d'autant plus que ses véritables effets sur le terrain ne se feront pas sentir avant 2009. Cela a pour conséquence que de plus en plus de gynécologues effectueront de moins en moins d'accouchements. Et cette situation n'a pas seulement des conséquences négatives au niveau des revenus, elle conduit également inévitablement à un manque d'expérience clinique – littéralement – vital.

La société doit continuer à accorder une place privilégiée à la grossesse et à la naissance si elle veut des garanties de survie dans le futur. Si l'on veut renverser la tendance actuelle de dénatalité et si l'on veut vraiment prendre en considération l'avenir de la communauté, des investissements sont également indispensables. Il va de soi qu'il faut continuer à garantir des soins "mère et enfant" de qualité.

Cette volonté doit se traduire en termes politiques par l'attribution de moyens supplémentaires pour permettre aux acteurs responsables du tout premier moment et du moment le plus crucial de tout être humain, à agir de manière professionnelle, motivée et dévouée.

Du reste, le budget de l'obstétrique est quantité négligeable par rapport aux portefeuilles d'autres disciplines. Les soins dispensés à l'enfant à naître et à la naissance seraient-ils par hasard des activités de deuxième ou de troisième rang qui ne peuvent pas coûter cher?

La patiente actuellement suivie en obstétrique réclame un accompagnement très personnalisé, une disponibilité nuit et jour et enfin une fin de grossesse parfaite couronnée par un bébé "en or" encore plus parfait.

Le gynécologue est disposé à s'investir au maximum pour répondre à ces exigences. Toutefois, il/elle n'est plus en mesure de le faire en l'absence d'une rémunération équitable et justifiée.

Cette revendication n'émane pas d'un noyau dur au sein de notre profession. Elle est supportée par l'ensemble des gynécologues, universitaires ou non universitaires, hommes ou femmes, jeunes ou plus âgés, exerçant en cabinet privé ou dans un établissement. A l'heure actuelle, l'Association professionnelle représente pratiquement 70 % des gynécologues en activité.

La patience des gynécologues est à bout. Cela fait trop longtemps que nous n'avons pas été rémunérés pour le travail effectué. Nous réclamons que le doublement des honoraires demandé pour les prestations d'obstétrique nous soit accordé MAINTENANT. Dans le cas contraire, vous lirez plus fréquemment le sous-titre de la présente lettre dans des offres d'emploi pressantes.

Nous vous prions de croire, Cher Docteur, en l'expression de nos salutations distinguées et confraternelles auxquelles s'associe le responsable de la Cellule de défense professionnelle du G.G.O.L.F.-B., le Dr Victor Fonzé.

Dr Geert Debruyne,
Président de l'Association professionnelle
des obstétriciens et gynécologues belges

Dr Johan Van Wiemeersch
Président de la Commission
"Beroepsbelangen" du V.V.O.G.

NOMENCLATURE CARDIOLOGIE REPETITION BILAN ECHOGRAPHIQUE TRANSTHORACIQUE COMPLET

Le Service des Soins de santé nous a donné la réponse provisoire suivante à la question relative à la manière dont la notion de répétition dans l'année civile doit être comprise.

La répétition entre le 1.8.2002 et le 31.12.2002 d'un bilan échographique transthoracique complet du cœur effectué en 2002 doit être attestée sous le numéro de code 461215 - 461226 Répétition dans l'année civile ... N 104.

La répétition entre le 1.8.2002 et le 31.12.2002 d'un bilan échographique cardiaque complet effectué en 2001 doit être attestée sous le numéro 460456 - 460460 Bilan échographique transthoracique complet du cœur... N 104. Il ne s'agit pas d'une répétition dans l'année civile.

La première répétition en 2003 d'un bilan échographique cardiaque effectué en 2002 doit être attestée sous le numéro 460456 - 460460 N 104

PROJET RELATIF A LA RESPONSABILISATION INDIVIDUELLE

A Monsieur F. VANDENBROUCKE
Ministre des Affaires sociales et des Pensions
Rue de la Loi 62
1040 Bruxelles

Bruxelles, le 19 septembre 2002

Monsieur le Ministre,

Concerne : projet relatif à la responsabilisation individuelle

Nous avons pris connaissance de votre projet relatif à la responsabilisation individuelle des dispensateurs de soins tel qu'il a été adapté à la fin du mois de juillet 2002. Nous vous livrons ci-après un certain nombre de remarques et de suggestions concernant ce projet de texte pour que vous puissiez élaborer la réglementation la plus équitable et la plus honnête possible. Nous avons en effet l'impression que certaines des dispositions sont indûment influencées par une attitude qui est également décrite dans l'exposé des motifs de la loi du 14 janvier 2002 (M.B. du 22.2.2002) portant des mesures en matière de soins de santé (frustration des médecins-contrôleurs).

1. La façon dont est définie ce qui constitue une infraction à l'art. 73 de la loi S.S.I.
 - a) Au sein d'une population donnée, il y a toujours une minorité présentant un comportement déviant par rapport au comportement médian. Cela a deux effets inévitables :
 - le médecin concerné ne sait pas à l'avance que son comportement est excessif ou divergent tant que la situation statistique n'est pas connue : il agit sans savoir s'il est punissable.
 - l'introduction d'une norme comportementale relative conduit à une redéfinition qui est progressivement toujours revue à la baisse du comportement médian et de la divergence maximale acceptable.

Conformément au projet de loi, le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), le Comité du SECM ou le Service des soins de santé ne sont pas dans l'obligation de communiquer au préalable la valeur normative ou la limite du comportement répréhensible aux dispensateurs de soins concernés.

Le point 1° du nouvel art. 139 de la loi S.S.I. est insuffisant en ce qui concerne le devoir d'information : les termes "diffuser de l'information" (indéfini) devraient au moins être remplacés par souci de clarification par "diffuser les informations nécessaires".

Dans le cas contraire, le système instauré ne permet pas au contrevenant de savoir qu'il commet une infraction et celui qui engage les poursuites évalue lui-même ce qui est considéré comme une infraction, sans qu'il n'existe de critères objectifs bien définis pour cette évaluation. L'exigibilité requiert également de la clarté. Il serait fondamentalement malhonnête que le système d'imprécision et d'interprétabilité existant déjà depuis de nombreuses années en ce qui concerne l'application de la nomenclature, soit maintenant étendu à l'application des dispositions de l'art. 73.

Considérations en marge. A l'heure actuelle, les autorités ne sont pas en mesure de fournir, en temps utile et systématiquement, aux dispensateurs de soins une version actualisée de la nomenclature et a fortiori de la réglementation périphérique qui est directement ou indirectement d'application. Si les médecins pouvaient disposer d'un instrument de travail administratif électronique adéquat actualisé dont la correction serait garantie par les autorités (N.B. : le parc informatique du secteur médical se développerait à vue d'œil), le contrôle de cette conformité serait un processus déjà beaucoup plus honnête. Les "frustrations" du SCM seraient cependant alors encore bien plus grandes que celles décrites dans l'Exposé des motifs de la loi susvisée du 14.1.2002 car 99,99 % des médecins ne souhaitent pas mieux que de respecter à la lettre des règles précises.

Malgré des efforts considérables pour remédier à cette situation, force nous est de constater que l'idéal d'une nomenclature claire et décisive est encore très loin d'être atteint. Les textes sont généralement des compromis entre les praticiens et les mutuelles avec une contribution indirecte de votre cabinet et du SCM. Par conséquent, ils sont soit sans force juridique soit inadéquat d'un point de vue médical. Les médecins ne savent que faire des aspects juridiques. Les juristes traduisent des actes médicaux comme s'il s'agissait de procédures de droit. La langue n'est généralement pas utilisée à bon escient. C'était pourtant le cas, il y a des années. Rares sont ceux qui le peuvent encore mais ils sont submergés par l'avalanche continue des modifications de nomenclature. Sans s'en rendre compte, on écrit des choses que l'on ne voulait pas dire et qui ont une portée que l'on n'avait pas prévue. Il arrive que deux nomenclatures soient juxtaposées dans les mêmes mesures. Un terrain fertile pour les chicanes, les informations inexacts ou sibyllines et les poursuites arbitraires. Une nouvelle modification a à peine été publiée au Moniteur que les questions et les imprécisions s'accumulent. Le Service des soins de santé (SSS) s'efforce d'apporter des précisions jusqu'au moment où le SCM se met dans l'idée d'affirmer précisément le contraire en avançant toutes sortes d'interprétations qu'il a lui-même générées et qui s'appuient davantage sur des subtilités que sur l'importance d'une application médicalement raisonnable de la nomenclature. Plus aucun intervenant du secteur ne se risque encore à poser une question à l'administration car il court immédiatement le risque de s'attirer toute une série de problèmes sur le dos. Les fonctionnaires du SSS hésitent considérablement avant de répondre à des questions par téléphone car il n'existe généralement pas de réponse toute faite ou ils risquent d'être contredits par la suite par des sphères supérieures (ou autres). Les explications formelles du SSS sont le plus souvent qualifiées de sans valeur et inexistantes et rejetées par la plupart des intervenants locaux du SSS. Ce que l'on autorisait dans un premier temps, on s'efforce de l'interdire ultérieurement avec un effet rétroactif. Non pas parce que l'on a découvert un "abus". Non. Parce que l'on veut trouver des faits punissables. Quand on a la (mauvaise) volonté, on trouve toujours le moyen.

Il semble particulièrement inquiétant que dans le futur, cette même "philosophie" (pratique de la désinformation pour pouvoir sanctionner) pourrait également être appliquée au cadre juridique de l'art. 73.

b) L'art. 141 §4 prévoit que le SECM peut solliciter l'avis d'experts (individuels) qu'il a lui-même désignés. Cette disposition dans sa formulation actuelle a des effets désastreux :

- tout d'abord, il est évident que parler d'experts "objectifs" et "neutres" élus par le SECM constitue une contradictio in terminis.

- il s'agit donc d'une définition a posteriori du comportement normatif (et donc également de l'infraction) sur la base d'un "avis" (a posteriori), sans que le contrevenant ne puisse savoir qu'il a commis une infraction.

- les experts sont eux-mêmes des dispensateurs de soins susceptibles de faire l'objet de poursuites du SECM. De ce fait, ils sont non seulement élus par le SECM mais également "influçables", de sorte que l' "avis" risque de devenir la réponse classique à une question rhétorique, une simple "répétition" de ce que le SECM souhaite entendre comme réponse. Il est clair que dans une telle situation, un avis d'expert formulé librement et indépendamment est inconcevable.

- les experts abordent toujours ce type de problèmes en fonction de leur propre expérience et milieu professionnels et de leurs moyens techniques. Quid par exemple lorsqu'un expert universitaire rejette le recours fréquent à une technique bon marché précisément parce qu'il est plus familiarisé à de nouvelles techniques qui sont peut-être plus performantes mais également beaucoup plus onéreuses?

Par conséquent, l'avis des experts individuels auto-élus est toujours subjectif et influçable :

- l'objectivation de l'avis ne peut être garantie que par un contrôle de l'organe médical compétent offrant une large représentation du milieu professionnel de la discipline concernée

- l'opposabilité ne peut pas avoir d'effet rétroactif

- la "norme" opposable doit absolument être communiquée a priori à tous les médecins concernés

c) Conformément à l'art. 141 §6 b) et dernier alinéa, les dépassements du comportement normatif qui sont donc directement considérés comme une infraction à la loi (dans le cas présent à l'art. 73) et par conséquent comme des "prestations indûment payées" donnent lieu à une sanction accompagnée d'une amende pouvant du reste monter jusqu'à 150 % de la valeur des "prestations indûment payées".

En sus de ce montant, le remboursement des prestations qui, du fait de l' "introduction" de la norme, ont été "indûment payées" peut également être exigé étant donné le caractère ambigu du §6, b) (prestations qui ne sont pas conformes à cette loi ou à ses arrêtés d'exécution). Il est effectivement dit ce qu'il en est des "infractions" administratives visées au §6 c) et d) mais pas des constatations dans le cadre de l'art. 73. Ce cumul de sanctions est inacceptable et disproportionné, d'autant plus que le dispensateur de soins n'a pas connaissance de la norme au préalable. Le remboursement devrait dès tout au plus concerner les prestations effectuées en infraction à partir du moment où la norme est connue des dispensateurs de soins.

Il convient de préciser que la "norme" ne peut être invoquée contre un médecin qu'à partir du moment où elle a été communiquée à la catégorie professionnelle concernée. Autrement, le système juridique rend possible des enquêtes, constatations et sanctions ciblées "intuitu personae". C'est simple comme bonjour de provoquer la chute professionnelle d'un dispensateur donné avec un tel système, en le plaçant éventuellement sous "monitoring" pour une période indéterminée (voir infra).

2. Les incitations des gestionnaires des hôpitaux restent impunies

L'art 73, §1, 3e alinéa était destiné à rendre également punissable l'incitation à la surconsommation de la part du gestionnaire de l'hôpital. Le projet de texte modifié l'exclut un peu moins que le texte de loi actuel. Mais peut-on punir le gestionnaire de l'hôpital ou la personne qui le représente?

Absolument pas. Le nouvel art. 141, §2, 1er alinéa, 4e al. dit que seul le dispensateur dont la pratique montre une déviation systématique... (etc.) est présumé ne pas avoir respecté les dispositions de l'article 73 § 1er alinéa 2 (et donc pas l'alinéa 3 !).

Il se peut que le projet parte du principe qu'une infraction à l'art. 73, §1, 3e alinéa est quelque chose d'impensable. Dans le cadre de la problématique du nouveau régime de financement des hôpitaux, le gestionnaire d'un hôpital a récemment demandé au conseil médical d'examiner de quelle façon les médecins ayant un "mauvais score" pourraient être "responsabilisés". La responsabilisation envisagée ici par le gestionnaire de l'hôpital concerne cependant une responsabilisation dont la finalité va précisément à l'opposé de celle de vos mesures INAMI.

Supposez que ce gestionnaire mette cela par écrit. Ou supposez qu'il établisse un budget prévisionnel des différents services de l'hôpital dans lequel des volumes de prestations en augmentation (ou stabilisés alors qu'il y a déjà surconsommation) sont proposés. Ne commet-il pas une infraction à l'art. 73, §1r, 3e alinéa? Conformément au texte actuel, en aucune façon : la loi stipule en effet qu'il ne fait pas exécuter lui-même des prestations inutiles ou superflues. Certes, il incite les dispensateurs de soins à commettre une infraction et est donc en quelque sorte le "cerveau" de l'infraction, mais une certaine "complicité" n'est pas répréhensible sur la base du texte actuel. En outre, le décideur ou le signataire de la décision n'est pas personnellement responsable. Il agit en effet dans le cadre d'un mandat au nom d'une personne juridique exploitant un établissement.

Dès lors, nous vous demandons de préciser la responsabilité (personnelle) et les sanctions.

Il va de soi qu'une fois que l'on dispose de normes comportementales claires avec une opposabilité claire (non rétroactive), cette dernière peut sans aucun problème être applicable à tout un chacun, y compris aux gestionnaires et à d'autres tiers. Dans la mesure où l'art. 137 de la loi sur les hôpitaux modifié par la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé incite en fait le gestionnaire – et ce en raison de la règle de récupération inéquitable de 75 % chez les médecins et 25 % chez le gestionnaire – à faire encore davantage pression sur ses médecins, il est essentiel d'introduire une possibilité de sanction du gestionnaire et des personnes à son service. Mais il semble bien que l'on a beaucoup plus de scrupules à s'attaquer au gestionnaire qu'aux médecins!

3. Un cumul de sanctions exagéré et inacceptable

On a toujours considéré que le remboursement des prestations indûment payées n'était pas une sanction mais une régularisation. De la même façon, il faut partir du principe que le médecin ayant commis une infraction par erreur ne peut pas être présumé avoir agi de mauvaise foi. Dès lors, il n'y a aucune raison d'infliger immédiatement une sanction ou que celle-ci soit en plus proportionnelle au montant à rembourser.

Le médecin hospitalier qui commet une infraction devra rembourser l'intégralité de l'infraction au cours des deux dernières années ou, si les montants ont été perçus pour le compte de l'établissement, la part que le gestionnaire lui a versée (mais l'art. 137 de la loi sur les hôpitaux modifiée est encore bien moins équitable !). Dans tous les cas, il s'agit de montants pour lesquels le médecin a payé des impôts. En outre, pour les prestations litigieuses, il a réglé les frais à l'hôpital conformément à l'art. 140 de la loi sur les hôpitaux. Il n'est même pas exclu que le gestionnaire (non sanctionnable) de l'hôpital puisse, sur base de règlements intérieurs, également récupérer la perte budgétaire ainsi occasionnée auprès du médecin, sous la rubrique "frais occasionnés par les prestations médicales, qui ne sont pas financés par le budget hospitalier".

Cela peut déjà largement être considéré comme une sanction lourde en soi. Il est inacceptable d'encre y ajouter une amende. C'est pourquoi nous sommes d'avis que le règlement suivant est équitable :

a) En ce qui concerne les infractions du § 6 a) et b) :

- première infraction concernant une prestation donnée : remboursement + avertissement
- récidive de cette même infraction après jugement définitif : remboursement + amende

La différence entre les infractions du §6,a) et du §6,b) est parfois subtile. Parfois, le SCM part du point de vue qu'une prestation effectuée qui est non conforme aux prescriptions peut également être considérée comme n'ayant pas été effectuée. Nous supposons (mais nous aimerions quand même que cela soit explicité dans le texte) que le § 6, a) vise la situation où un acte médical n'a pas été effectué mais où une prestation de la nomenclature a malgré tout été portée en compte.

Par ailleurs, il est important d'établir une distinction claire entre les infractions commises de bonne foi (erreur, applications erronées, erreurs d'interprétation, ...) et celles commises de mauvaise foi.

Ex. : Lorsqu'un médecin ou un établissement porte en compte pour la deuxième fois une prestation donnée pour un même acte médical chez un même patient, cela peut être considéré comme une erreur administrative (N.B. : les règles en matière de facturation sur support magnétique prennent d'ailleurs en compte une certaine marge d'erreur).

Cependant, lorsque le service de facturation d'un hôpital facture pour la deuxième fois de manière systématique une prestation donnée pour le même patient, et ce sur une période supérieure à deux périodes de facturation et pour toutes les prestations d'un certain type, alors le SCM serait particulièrement naïf d'assimiler cela à une "erreur". En effet, certaines prestations ont tout bonnement fait l'objet d'une double facturation systématique pour doubler tout simplement le chiffre d'affaires ou pour remplir certaines conditions en matière de financement ou d'agrément. Dans cet exemple de mauvaise foi, une amende est tout à fait justifiée.

b) En ce qui concerne les infractions sous §6 c) :

- premier constat de document non conforme : avertissement
- récidive du même constat après avertissement : amende pour tout document non conforme à moins qu'un document corrigé ait été fourni au dispensateur qui en a fait la demande.

c) En ce qui concerne les infractions sous § 6 d) :

Une sanction, quelle qu'elle soit, est toujours injustifiée lorsque le prescripteur défaillant n'a pas reçu au moins un avertissement. En outre, il convient de tenir compte du fait que le dispensateur exécutant est tenu, de part sa responsabilité professionnelle, d'administrer les soins prescrits et, conformément à l'art. 53 de la loi S.S.I., est obligé de délivrer une attestation de soins. L'objet des dispositions ne peut pas être de refuser au patient les soins attendus, et ce uniquement à cause d'insuffisances administratives au niveau de la prescription.

Par conséquent, la solution la plus logique consisterait à ce que le dispensateur de soins puisse attester la prestation à partir du moment où il a demandé au prescripteur de lui fournir un document corrigé.

- premier constat : attestation sans document conforme et sans demande du dispensateur au prescripteur d'un document corrigé : avertissement
- récidive : amende sauf pour les documents pour lesquels un document corrigé a été demandé au prescripteur (preuve écrite, fax ou e-mail conservé par le dispensateur).

La réglementation proposée dans le projet impose au dispensateur une amende pour la simple raison que le patient se présente avec une prescription insuffisante d'un point de vue administratif (laquelle, conformément aux règles de l'AMI, est rédigée sous la responsabilité du prescripteur) et que le médecin a administré les soins nécessaires conformément aux dispositions légales relatives à l'art de guérir (A.R. n° 78) dans l'intérêt du patient et les a attestés conformément à l'art. 53 de la loi S.S.I. Où est l'infraction? Comment le dispensateur de soins peut-il agir autrement? En effet, il ne peut pas compléter lui-même la prescription (car il n'est pas le prescripteur). Il n'y a donc que deux solutions : soit refuser les soins au patient et renvoyer celui-ci vers le prescripteur (ce qui retarde la dispensation des soins + risque que le patient renonce aux soins) ou obliger le dispensateur de soins à demander un document corrigé au prescripteur. La dernière solution est sans aucune doute la plus sensée.

La réglementation proposée peut être appliquée de la même façon sans difficulté tant à la prescription des médicaments qu'à la prescription des examens médicaux.

4. Le placement sous "monitoring"

a) Pourquoi directement et exclusivement la totalité de la pratique? Cela n'est pas proportionné à l'"infraction".

Soit le placement sous monitoring est quelque chose qui peut avoir lieu uniquement dans le cas de dispensateurs de soins dépassant à grande échelle la pratique normale; c'est-à-dire pour différents types de prestations simultanément (mais cela doit être clairement indiqué dans le texte), soit il s'agit d'une prestation ou d'un type de prestations donné appartenant à sa discipline (et il convient de spécifier que seule cette partie de la pratique est placée sous monitoring).

Dans la formulation actuelle, le médecin est poursuivi – car le "monitoring" ainsi décrit constitue une sorte de "suivi" très intensif, et donc de poursuite – non seulement pour des infractions mais également pour des faits pour lesquels il n'est coupable de rien.

b) Pourquoi une durée "minimale"?

Une durée maximale de trois à six mois devrait suffire. Rien n'empêche en effet au SECM d'ouvrir une nouvelle enquête ultérieurement sur base de données quantitatives et d'engager une nouvelle procédure (comme c'est d'ailleurs indiqué dans les alinéas suivants).

Il est en fait prévu que le SECM peut placer quelqu'un sous monitoring pour une période indéterminée, au besoin à vie, ou jusqu'à ce que ce dernier ait été contraint d'arrêter sa pratique médicale. Ce n'est plus une forme de poursuite normale et c'est contraire aux droits de l'homme.

Nous espérons, Monsieur le Ministre, que vous prendrez ces remarques en considération et nous vous remercions d'avance pour votre attention.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de notre considération distinguée.

Prof. J. GRUWEZ
Président

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Chapitre III PUBLICITE (modifié le 21 septembre 2002)

Article 12

Dans le respect des dispositions du présent chapitre, les médecins peuvent porter leur activité médicale à la connaissance du public.

Article 13

§1er. L'information donnée doit être conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire. Elle ne peut en aucun cas être trompeuse. Elle ne peut être comparative.
Les résultats d'examens et de traitements ne peuvent être utilisés à des fins publicitaires.

§2. La publicité ne peut porter préjudice à l'intérêt général en matière de santé publique et ne peut inciter à pratiquer des examens et traitements superflus.
Le rabattage de patients est interdit.

Les campagnes de prévention et de dépistage doivent être scientifiquement étayées et nécessitent l'autorisation préalable de l'instance ordinaire compétente.

§3. Dans leur publicité, les médecins sont tenus d'observer les règles du secret professionnel médical.

Article 14

La formulation et la présentation de la publicité ainsi que les méthodes et techniques y afférentes, en ce compris les sites Internet, plaques nominatives, en-têtes et mentions dans des annuaires, doivent être conformes aux dispositions de l'article 13.

Article 15

Les médecins doivent s'opposer activement à toute publicité de leur activité médicale par des tiers, qui ne respecte pas les dispositions du présent chapitre.

Article 16

Les médecins peuvent prêter leur concours aux médias en vue d'une information médicale pouvant être importante et utile pour le public.

A cet égard, les dispositions du présent chapitre doivent être respectées.

Le médecin informera préalablement le conseil provincial où il est inscrit, de sa participation aux médias.

Article 17

Lorsque les patients sont amenés par les médias à informer le public, les médecins ne peuvent y participer que dans la mesure où la vie privée et la dignité de ces patients sont préservées. Dans ces circonstances les médecins doivent s'assurer que les patients ont été entièrement informés et que leur participation a été consentie librement.

L'AVENIR DE LA MEDECINE SPECIALISEE EN 2002 **LE MEDECIN SPECIALISTE - N° 7 OCTOBRE 2002**

Dans la mesure où le groupe cible de l'exposé du Dr M. MOENS était les spécialistes et les généralistes flamands, la problématique spécifique à la partie francophone du pays n'a pas été examinée en détail. C'est pourquoi nous reproduisons ci-après la réaction des doyens des universités francophones.

Cher Confrère,

En tant que porte-parole du collège des doyens des Facultés de médecine de la Communauté française, je dois corriger les informations erronées qui se trouvent dans le texte que vous publiez en tête du fascicule n° 7, livraison d'octobre 2002 du « Médecin Spécialiste ».

A la page 6, vous écrivez «A l'exception d'un recul en 1994, le nombre de nouveaux étudiants francophones n'a pratiquement pas varié durant cette période. Et rien n'a été organisé pour limiter le flux, de sorte que des centaines d'étudiants candidats en médecine se retrouvent aujourd'hui dans une situation très regrettable. ».

Vous semblez ignorer que la sélection des médecins en Communauté française est organisée sur base du décret communautaire du 05 septembre 94, modifié par le décret du 14 juillet 1997 et que la limitation de l'accès aux doctorats en médecine et au troisième

cycle des études médicales a été faite de façon à respecter les quotas déterminés par le Gouvernement fédéral. La Ministre communautaire a prévu une réserve d'étudiants de 15 % qui correspond précisément à cette proportion de médecins qui pratiquent en dehors de cadre de l'INAMI et dont faites état à la page 2 de votre article.

A quelques unités près, tous les étudiants ont pu obtenir à ce jour l'une ou l'autre de ces autorisations d'inscription en 2^{ème} cycle des études médicales. Ces quelques unités avaient la possibilité de se réorienter vers les sciences biomédicales ou les diplômes de santé publique qui leur sont accessibles.

Il n'y a donc pas d'étudiant porteur d'un diplôme de candidat en médecine qui n'ait pu poursuivre un second cycle d'études dans le domaine des sciences de la santé.

Les doyens restent par ailleurs préoccupés quant à la façon d'orienter les étudiants vers les différentes spécialités et les pratiques hors INAMI suivant les règles complexes mises en place dans les textes légaux. Nous avons en particulier des difficultés à imposer à 40% des étudiants l'orientation vers la médecine générale, alors qu'un sondage réalisé récemment dans nos facultés de médecine démontre que le nombre d'étudiants qui choisissent spontanément la médecine générale varie de 10 à 25 % suivant les institutions.

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir contrôler vos sources d'information et de corriger la désinformation générée par le premier paragraphe de la page 6 de votre article.

Les choix qui ont été faits en Communauté française et qui placent la sélection finale au terme du premier cycle des études médicales ont démontré une certaine justice puisqu'ils permettent de lisser les différences liées au parcours scolaire de l'enseignement secondaire et puisqu'ils permettent à l'étudiant de démontrer sur une durée de trois ans son aptitude à poursuivre des études. Le nombre de recours démontre bien que cette façon de faire n'ouvre pas la porte à l'injustice.

Il n'en reste pas moins que les doyens sont préoccupés par l'impact psychologique et les effets négatifs d'une ambiance de concours pendant trois années d'études universitaires.

Nous souhaitons participer à toute réflexion concernant l'amélioration du système et l'harmonisation communautaire voire européenne.

Je vous prie d'agréer, cher Confrère, mes salutations distinguées.

J.-J. ROMBOUITS,
Doyen

P.S. : Lettre approuvée par le Collège des Doyens du 21.10.2002, en l'absence du Professeur M. ROOZE, Doyen de la Faculté de médecine de l'ULB.

C.C. : Monsieur le Professeur H. ALEXANDRE (UMH)
Monsieur le Professeur R. LIMET (ULg)
Monsieur le Professeur A. PIRONT (FUNDP)
Monsieur le Professeur M. ROOZE (ULB)
Monsieur J.-M. BERNARD (UCL -SMD)
Madame V. GODIN (UCL - PEDM)

10 pages pour "convention texte nl" et "convention tableau nl"

13 14 15 16 17 18 19 20 21 22

REGLEMENT
PRIX CENTRE D'ETUDES PRINCESSE JOSÉPHINE-CHARLOTTE

pour la lutte contre les infections virales du système nerveux et de la poliomyélite

- Art. 1. Le **Prix biennal Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte**, d'un montant de **12.500 EUR**, est destiné à encourager la recherche scientifique dans le domaine de la virologie.
- Art. 2. Ce Prix est réservé aux chercheurs rattachés d'une part à l'une des neuf institutions universitaires reprises à l'article 1 du décret du 5 septembre 1994 relatif au régime des études universitaires et des grades académiques de la Communauté française de Belgique et, d'autre part, à une université flamande reprise à l'article 3 du décret du 12 juin 1991 relatif aux universités dans la Communauté flamande, pour la réalisation d'un travail soumis sous la forme d'un mémoire original, faisant apparaître l'intérêt pour la santé humaine des recherches contribuant à la lutte contre les infections virales du système nerveux et la poliomyélite.
- Art. 3. Le Prix peut couronner le travail présenté par une équipe; il peut exceptionnellement être partagé. Les candidats ne peuvent avoir obtenu antérieurement un Prix couronnant le même travail.
- Art. 4. Les candidatures doivent être introduites **pour le 1er février 2003** auprès de la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles, au moyen du formulaire adéquat.
- Art. 5. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix seront tranchées sans recours par le F.N.R.S.
- Art. 6. Le Prix sera décerné par le Fonds National de la Recherche Scientifique sur proposition d'un Jury constitué par le F.N.R.S. et suivant les règlement et jurisprudence en vigueur au Fonds National.
- Art. 7. Ce Jury comportera également deux membres du Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte ou deux personnalités désignées par le Centre.
- Art. 8. Au cas où le Jury estime qu'aucun travail ne présente de valeur suffisante, le Prix ne sera pas attribué mais reporté à une année ultérieure.
-

ANNONCES

- 02061 **HAINAUT OCCIDENTAL : RADIOLOGUE** privé cherche collaborateur(s) et/ou repreneur(s). Tél. : 0474.88.29.85 après 19 h.
- 02062 **LIEGE** : cherche 2 collaborateurs dynamiques en vue de reprendre progressivement cabinet privé, fonctionnant sur base de 14 demi-journées/semaine, dans une région en pleine expansion. Plateau technique tout à fait moderne. Salle d'opérations + phaco attenante au Cabinet. Modalités de reprise progressive mises au point par un réviseur d'entreprises et garantissant, au repreneur, de fonctionner sans emprunt. Opportunité vraiment intéressante d'avoir rapidement une **CLIENTELE MEDICO-CHIRURGICALE** importante. Ecrire au bureau du journal.
- 02066 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth Namur engage **MÉDECIN GÉNÉRALISTE** full-time. Envoyer C.V. au Dr De Ridder, Clinique Sainte-Elisabeth, 15 Pl. L. Godin, 5000 Namur.
- 02067 **A REPRENDRE** pour cause de pension 3080 Tervuren : centre médical pluridisciplinaire, vaste parking, possibilités diverses (Rx/physio/kiné), accompagnement possible. Tél. : 02/767.43.93.
- 02068 **THULIN** (proximité de Quiévrain) : Cabinet médical, nouveau et spacieux, avec salle d'examen séparée, à louer par demi-journées. Convient pour une consultation de Chirurgie Digestive, Chirurgie Esthétique, Gynécologie, Gastro-Entérologie, Pneumologie, ... Contacter le Dr Luc HOURRIEZ : 065/65.35.26, 0475/42.44.92.

02069 **SECRETAIRE MEDICALE** 25 ans expérience (20 médical dont 6 psych., 2 ans méd. légale, 4 ans juridique) cherche poste temps partiel à Bruxelles. Tél. : 02/779.50.60.

02070 **RADIOLOGUE POLYVALENT** assure votre remplacement à BRU, BRAB. W, HAINAUT. Tél. : 0486/06.59.73

02071 **AUVELAIS** : Le service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre (Auvelais) recrute **PSYCHIATRE** (H/F), comme adjoint, 6/10^{èmes} (consultation, unité hospitalisation et ateliers thérapeutiques, centre toxicomanie). Cette ouverture de place a été décidée dans le cadre de l'association de services avec l'hôpital Van Gogh (ISPPC – Charleroi). Ecrire, avec CV, au Dr P. Janssens, Directeur médical CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie, 75 – 5060 Sambreville. Tél. : 071/265.665 ou par e-mail : paul.janssens@mail.chrvs.be

Table des matières

• Système du tiers payant	1
• Lettre ouverte des gynécologues	3
• Nomenclature cardiologie – Répétition bilan échographique transthoracique complet	5
• Projet relatif à la responsabilisation individuelle	5
• Code de déontologie médicale	10
• L'avenir de la médecine spécialisée en 2002 – Le Médecin Spécialiste – n° 7 octobre 2002	11
• Mini et maxiforfaits	13
• Règlement du Prix Centre d'Etudes Princesse Joséphine-Charlotte	23
• Annonces	23