

# Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
des Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr J.-L. Demeere  
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : [info@GBS-VBS.org](mailto:info@GBS-VBS.org)

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

**N° 3 / SEPTEMBRE 2022**

Bureau de dépôt : Bruxelles – N° d'agrément : P918437

## RÉFORME DE LA NOMENCLATURE : DEUX INTERROGATIONS

Le ministre Frank Vandenbroucke a dévoilé son planning pour la réforme de la nomenclature et du financement des hôpitaux. La phase 1 avec le descriptif des actes techniques et médicaux est en voie de finalisation. Avec les experts du GBS, la durée, la complexité et le risque de chaque acte sera défini par spécialité. Pour les consultations, nous demandons une transparence sur les travaux, les conclusions et les coûts du travail de l'équipe des Prs Trybou-Annemans. Nous avons appris que l'INAMI reprend le travail. En biologie et radiodiagnostic, on parle de forfaits par hospitalisation et par pathologies. Quid de la pratique ambulatoire ?

La phase 2 débute. Elle doit diviser l'honoraire de chaque acte de la nomenclature en honoraire médical et en frais de fonctionnement et ensuite elle doit monétiser chaque part. Or ces frais de fonctionnement sont calculés en milieu hospitalier avec les coûts directs, en personnel et matériel, les coûts indirects et les coûts d'investissements. Le tout devra être finalisé en 2024-2025.

Notre première interrogation est la médecine ambulatoire ou extrahospitalière. La médecine extrahospitalière est-elle condamnée par manque de financement ? Les cataractes en hôpital et hors hôpital connaissent-elles le même coût ? Sont-elles moins chères en extrahospitalier ou l'inverse ? Quel est l'avenir de la médecine libérale ?

La seconde interrogation est la volonté de forfaitiser une partie du financement de la médecine générale et de la médecine spécialisée. Actuellement 11% des actes hospitaliers sont forfaitisés par les APR-DRG<sup>1</sup>. Le ministre veut forfaitiser davantage, (certains avancent le chiffre de 80%) et inclure le pré- et post-hospitalier, les trajets de soins, les soins appropriés. La réforme de la nomenclature est-elle une réforme des paiements à l'acte des médecins et le chant du cygne de la médecine libérale ?

La réforme ne sera pas complète à la fin de l'année 2024, année des élections législatives et début d'un gouvernement en affaire courante (?). La réforme n'aboutira peut-être pas dans sa totalité, mais elle est incontournable. Nous voulons y participer et défendre les valeurs d'une liberté des pratiques médicales. **La pratique de la médecine ne doit pas nous être imposée par son financement. Pour le GBS, la priorité est et reste le patient et son bien-être, et pas le budget de la santé.**

Jean-Luc Demeere  
Président GBS-VBS

<sup>1</sup> All Patient Refined Diagnosis Related Groups

**AUDITION PARLEMENTAIRE : VISION DU GBS SUR LA RÉFORME DES HÔPITAUX**

Le GBS

Le GBS, soit le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes, regroupe 32 spécialités médicales dont la mission est de suivre et de conseiller les médecins spécialistes dans le cadre de diverses problématiques relatives aux connaissances et à la pratique de leur profession dans tous ses aspects. La plupart des spécialités accomplissent cette mission en collaborant avec les sociétés scientifiques. Environ 9900 médecins spécialistes sont affiliés au GBS. Par conséquent, le GBS est incontestablement l'organisation la plus représentative de la médecine spécialisée dans notre pays. Les deux communautés linguistiques sont aussi représentées au sein du comité directeur. Pourtant, en raison d'accords historiques et de textes juridiques, nous ne sommes pas considérés comme « représentatifs » même dans le cadre des concertations relevant strictement de la médecine hospitalière (le GBS ne compte pas de médecins généralistes parmi ses membres).

Cependant, comme nous sommes des experts du terrain, nous sommes invités aux concertations en tant que groupement ou représentants d'une union professionnelle. Nous participons activement à la plupart des comités fédéraux, tels que le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes et les nombreux groupes de travail de l'INAMI. Si nécessaire, des consultations régulières sont aussi organisées avec les coupoles des hôpitaux et les organismes assureurs, mais aussi avec les associations de médecins généralistes et les associations de médecins en formation. Concernant la formation, nous sommes fortement impliqués dans les commissions d'agrément et le GBS siège à l'UEMS (Union Européenne des médecins spécialistes).

Réforme de l'organisation des hôpitaux

Ce document propose une analyse basée sur la note de Frank Vandebroucke, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, publiée le 28 janvier 2022.

Nous tenterons dans un premier temps de formuler des propositions constructives et dans un deuxième temps, d'exprimer nos préoccupations.

En soi, le titre de la note est instructif puisqu'il est d'abord question de la « réforme de l'organisation des hôpitaux » puis du financement bien entendu.

Les réseaux hospitaliers

L'organisation des réseaux hospitaliers est le premier thème abordé. C'est en fait un héritage de la législation précédente (loi du 28 février 2019 ... réseautage clinique entre hôpitaux)<sup>2</sup>.

Dans le cadre d'une vaste enquête menée début 2021, la majorité des médecins spécialistes ont déclaré qu'ils n'avaient pas été impliqués dans la formation souvent assez rapide des réseaux. Les objectifs qui sous-tendent la loi n'ont jamais été clairs non plus.

Le but était-il d'économiser sur le budget des soins spécialisés et donc de prendre une perspective financière comme leitmotiv ou l'intention était-elle de renforcer les soins et d'améliorer le sentiment de bien-être de la population ?

L'idée de départ était de veiller à ce que les services cliniques très proches ne soient pas proposés dans les deux hôpitaux, mais qu'ils fusionnent. Cependant, très vite, les directions et les conseils d'administration des hôpitaux ont renchéri en avançant des intérêts institutionnels ou géographiques, ce qui est loin de plaire à tous les médecins.

Les hôpitaux universitaires sont obligés de s'intégrer dans un réseau, ce qui nuit à leur crédibilité en tant que centres de référence et crée des disruptions dans toutes les villes qui disposent d'un centre

---

<sup>2</sup> Loi du 28.02.2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux (M.B. 28.03.2019)

universitaire à proximité. De plus, à terme, les fusions avec les petits hôpitaux de leur réseau pourraient être source de problèmes de financement.

Un réseau basé sur l'optimisation des connaissances, la promotion et le partage de l'expertise grâce à la collaboration peut, s'il est bien conçu, permettre d'améliorer les soins de santé et de les rapprocher du patient. Toutefois, la concentration des connaissances et de l'expertise ne signifie pas nécessairement délocalisation et concentration des services. A cet égard, en tant qu'experts du terrain, nous souhaitons mettre en garde contre une volonté de concentration trop ambitieuse. Des centaines d'études menées pour divers motifs ont montré, à des degrés variables, que la concentration et une offre importante de « volumes » améliorent les résultats de manière limitée, ceci ne fait aucun doute. Mais peu d'études, voire aucune, n'ont mesuré l'impact sur les résultats des services décapités qui ont perdu une grande partie de leur expertise quotidienne. Un rapport récent de l'Association française de chirurgie a révélé que parmi les chirurgiens hautement spécialisés interrogés, moins de 40 % se sentaient capables de stabiliser un traumatisme thoracique majeur ou une hémorragie hépatique potentiellement mortelle lors d'une catastrophe. L'union professionnelle de médecine d'urgence a déjà prévenu qu'en cas de scénario catastrophe, le centre de traumatologie sera obligé de se tourner et d'émigrer vers les centres plus petits!

**Conclusion** : la concentration sur base d'une étude de l'impact sur l'expertise des médecins et les résultats globaux des soins serait souhaitable.

La surréglementation est un danger, surtout lorsqu'elle s'inspire des déclarations d'experts autoproclamés.

De plus, le rapport entre le nombre de cas et l'outcome ne forme pas une droite linéaire car le gain de qualité peut atteindre un optimum après lequel la courbe redescend quand les volumes sont trop importants.

#### Trajets de soin supra- et locorégionaux

Heureusement, on s'est récemment penché sur les trajets de soins plus nets, en distinguant clairement les trajets de soins locorégionaux et suprarégionaux. Ceci a du moins permis d'apporter des clarifications axées non pas seulement sur des groupes d'intérêt du secteur des soins, mais sur le citoyen/patient, et dans ce contexte la proximité et l'accessibilité ont été privilégiées.

Un large éventail de soins spécialisés doit être disponible dans tout établissement de soins de santé moderne. **Cela ne signifie pas que ces soins doivent être dissociés des soins de base, tout aussi nécessaires.**

Lors des concertations en 2021, les principes du « quintuple aim » ont à nouveau été approuvés dans le cadre des objectifs de santé 2022-2024 et de la réflexion sur l'efficacité des soins.

#### La réforme du fonctionnement des hôpitaux

Les soins de santé ne sont pas limités ou définis géographiquement, mais constituent plutôt un trajet de soins fonctionnel. Il s'agit d'administrer les bons soins, au bon moment, au bon endroit. Le trajet de soins, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, commence au domicile du citoyen et se termine au même endroit. La réforme proposée doit faciliter ce processus. Très important pour les maladies chroniques, mais aussi en situation aiguë, le traitement doit être garanti par la compétence du spécialiste, ce qui n'empêche pas que ces soins puissent parfaitement se dérouler, avec la compétence et l'encadrement nécessaires, au domicile du patient ou en d'autres endroits extramuraux.

La note du 28 janvier 2022 devrait inspirer des initiatives favorisant un suivi transmurale adéquat. Dans de nombreux domaines relevant des soins chroniques, il est possible d'accompagner (et si nécessaire de financer) la transition entre l'environnement protégé de l'établissement de soins et le cadre du

*Le gain de qualité peut atteindre un optimum après lequel la courbe redescend quand les volumes sont trop importants*

domicile, moyennant un financement adapté. Les nouveaux moyens de communication et la technologie numérique joueront un rôle important à cet égard.

### Réforme du financement des hôpitaux

Rien de plus parlant qu'une représentation en camembert, probablement parce qu'elle attise l'appétit. La répartition des sources de financement des hôpitaux montre que depuis 1987 (loi sur les hôpitaux) et 2002 (BMF), un peu moins de 40% du budget de fonctionnement des hôpitaux provient de ce fameux budget des moyens financiers (BMF).

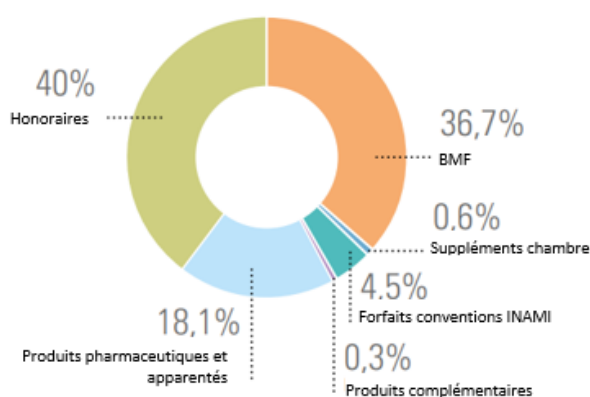
***Outre un financement prospectif par DRG, il faut abandonner complètement le système des rétrocessions d'honoraires***

En 2017, le chiffre d'affaires total du secteur des hôpitaux généraux était de 18,2 milliards d'euros.

Les sources de financement principales des hôpitaux sont le Budget des Moyens Financiers (BMF), les honoraires des médecins, dentistes et certaines catégories du personnel soignant et paramédical, les forfaits de l'INAMI, les produits pharmaceutiques et apparentés, les suppléments de chambre et les contributions des patients.

40% du chiffre d'affaires provient des honoraires des médecins qui doivent au final en verser 1/3 en moyenne aux hôpitaux, sous forme de rétrocessions qui servent généralement à combler les déficits du bilan

REPARTITION DU CHIFFRE D'AFFAIRES (2017)



18% des revenus des hôpitaux proviennent des médicaments et des implants

Sur ces trois sources de financement, seul le BMF est fixé chaque année, mais chaque hôpital a tout intérêt à étoffer son « case mix » qui sert à déterminer ce budget rétroactivement par établissement. Cette enveloppe rétroactive oblige en quelque sorte les institutions à stimuler la consommation.

Les retenues sur la masse d'honoraires ont été la source principale de moyens permettant de combler les déficits du bilan durant la dernière décennie. Cela aussi stimule la consommation à laquelle, les directions des hôpitaux sont obligées de participer. En particulier pour les prestations diagnostiques et médico-techniques, la pression de travail risque d'augmenter.

Chaque année, les produits pharmaceutiques et les implants fournissent des apports budgétaires croissants, cette source de moyens étant la deuxième plus importante après les rétrocessions d'honoraires pour combler les déficits. En soi, il n'est pas problématique que des moyens proviennent de l'industrie lucrative généralement mondialisée, mais à terme, des conflits d'intérêts majeurs surgiront aussi car ces apports sont directement liés à la consommation.

Le GBS estime qu'il est envisageable de soutenir l'initiative de transition vers un financement prospectif lié aux DRG avec un forfait all-in, à l'exception des honoraires des médecins, à condition de tenir compte de quelques remarques pratiques lors de la phase d'élaboration.

Le financement des moyens de fonctionnement en fonction de groupes diagnostiques est en effet la forme de financement la plus adéquate et de nombreux documents et calculs sont déjà disponibles.

Néanmoins, il conviendra de tester les coûts réels sur le terrain (le GBS souhaite collaborer davantage dans ce sens). Le risque de « cherry picking » est bien réel si des erreurs potentielles de calculs pénalisent certaines pathologies ou en favorisent d'autres.

Dans les pays voisins, cette forme de financement existe depuis longtemps : ses avantages mais aussi ses inconvénients ont été identifiés et devraient être étudiés et ajustés.

Toutes les formules développées doivent laisser de la place à la liberté thérapeutique du médecin et aux possibilités de choix du patient correctement informé, en restant dans les limites de l'EBM et de l'efficacité des soins bien entendu.

Outre le changement amené par un financement transparent et dynamique des coûts d'exploitation qui serait prospectif et orienté vers les résultats, il convient d'**abandonner complètement** le système des rétrocessions d'honoraires, tout en maintenant la masse d'honoraires après prélèvement au niveau actuel.

Il faut donc travailler en parallèle au principe des **honoraires purs**, quelle que soit la spécialité.

La séparation des coûts liés à une prestation ou à un traitement relevant de la partie professionnelle, est largement approuvée par les médecins spécialistes d'aujourd'hui, pour autant que l'on tienne compte de certaines réserves ou remarques fondamentales.

Tout d'abord, il faut choisir entre tout ou rien, autrement dit, il faut que chaque honoraire soit vraiment « un honoraire net ». Dès lors, il faut aussi tenir compte des frais de matériel et d'informatique liés à la consultation. Les spécialités chirurgicales doivent elles aussi assumer les lourdes charges en personnel qui leur sont imputées actuellement. Si on vise un quick win et des progrès rapides, on risque de se limiter aux services médico-techniques sans doute intéressants d'un point de vue budgétaire, mais **largement insuffisants** si l'on souhaite améliorer l'accessibilité, les soins et le confort de vie des médecins et des prestataires de soins de santé.

Outre le risque d'une estimation incorrecte du coût réel de la prestation médicale, la question est de savoir si ces coûts doivent toujours être imputés à l'établissement des soins ou s'il faut prévoir un montant qui permette au médecin de récupérer le coût réel (honoraire de fonctionnement au prestataire de soins). En effet, de nombreuses interventions spécialisées n'ont pas toujours lieu entre les murs d'un hôpital. Le secteur ambulatoire offre autant de soins médicaux spécialisés de qualité et de haut niveau, souvent avec les mêmes facilités d'accès. Les hôpitaux généraux et même les centres universitaires ont ouvert des sites externes pour accroître l'accessibilité. Il est trop facile de parler à tort de « médecine des villas » pour décrire l'ensemble du secteur extramural.

### Co-gouvernance

La préoccupation de nombreux médecins spécialistes certainement favorables à ces propositions est de savoir s'ils seront suffisamment **impliqués** dans cette transition. Au fil des ans, ils ont appris à connaître parfaitement les besoins, les équipements et le personnel nécessaires pour dispenser les meilleurs soins.

Lorsque les plans auront été finalisés et qu'une méthodologie concluante aura été trouvée, il faudra passer au plus difficile, soit la transcription dans la pratique.

Outre une utilisation plus rationnelle des ressources, le but est d'abandonner les modèles de concertation compliqués que les médecins et hôpitaux suivent depuis des années, puisque dans le nouveau modèle, chacun se voit attribuer ses propres ressources financières. Mais du point de vue de l'acteur principal, ce nouveau modèle devrait permettre d'améliorer et de sécuriser les soins dispensés **au patient**. Dans ce modèle, les médecins qui ont la responsabilité finale du succès des soins, doivent être impliqués en permanence et activement.

Ce que l'on appelle le nouveau modèle de co-gouvernance exige plus que l'intégration de quelques principes dans de nouvelles lois, et nécessite un changement fondamental dans l'organisation et le modèle de participation des médecins dans les établissements de soins. Cette participation ne devrait

pas être acquise au moyen de rétrocessions d'honoraires, mais plutôt grâce à la foi en un partenariat, au respect et à une confiance mutuelle qui verraient les prestataires de soins et les directions responsables de cet outil essentiel, collaborer harmonieusement pour une amélioration des soins.

Les conseils médicaux ont pour mission de veiller aux intérêts des médecins aux niveaux global et individuel. Le conseil d'administration et le conseil médical forment un modèle de concertation duale. Il conviendrait que les médecins spécialistes fassent partie du conseil d'administration. Toutefois, si l'on veut ancrer la transition dans le modèle de coûts et encourager davantage les médecins à dispenser les meilleurs soins disponibles, il faut aller **beaucoup plus loin**.

La structure et les possibilités sont là pour ajuster de manière professionnelle le « cost management » des services. Pour déterminer et garantir l'utilisation des ressources disponibles, la participation de chaque spécialité doit être directe. La tâche principale des différents chefs de service est la direction quotidienne du service, mais aussi la gestion des investissements, du personnel et du matériel. Chaque année, ils établissent le budget de leur service. Bien entendu, ils doivent aussi assumer des fonctions politiques essentielles telles que le recrutement de nouveaux collègues, l'évaluation et l'innovation. Dans certains hôpitaux, des structures sont déjà en place actuellement, mais le plus

*Il conviendrait que les  
médecins spécialistes  
fassent partie du  
conseil  
d'administration*

souvent elles ont des compétences consultatives plutôt que décisionnelles ; avec le nouveau modèle, cela devra certainement changer dans l'intérêt des patients.

Le service médical reste au cœur de l'organisation médicale de l'hôpital. Il ne peut être géré que par un médecin chef de service dont le leadership et l'autorité sont portés par la base et qui dispose d'un pouvoir de décision suffisant, raison pour laquelle il est préférable que

le médecin chef de service soit choisi par ses collègues en tant que « primus inter pares ».

#### Réforme de la nomenclature

Comme déjà indiqué, la réforme de la nomenclature et la séparation des coûts générés par l'exercice de la profession ne peuvent être dissociées de la réforme du financement des hôpitaux.

Le salariat pur et simple des médecins nous semble peu approprié au vu des surcoûts et de la baisse de performance qui en résultent. De plus, les hôpitaux peu nombreux où cette situation prévaut aujourd'hui (c.à.d. les hôpitaux universitaires) sont très souvent tenus contractuellement de créer toutes sortes d'avantages légaux supplémentaires pour leurs médecins.

Le paiement à la prestation est probablement le système le plus facile à appliquer dans la plupart des cas, ce qui n'exclut pas que la révision puisse prévoir la possibilité de montants plus forfaitaires, par exemple pour la permanence, le suivi, le contrôle de la qualité, la médecine préventive et les urgences.

L'objectif est de faire disparaître les écarts considérables entre les revenus des différentes spécialités.

Pour évaluer ce problème et le résoudre de manière réfléchie, il convient d'analyser les causes de ces différences.

Tout d'abord, la valeur de nombreuses prestations (numéros) de la nomenclature attribuée à de nouvelles techniques a souvent été surestimée parce que ces prestations étaient complexes et demandaient beaucoup de temps. Après une courte période d'expérience, la durée et le degré de complexité se sont avérés moins lourds que prévu. La valeur de la prestation dans la nomenclature est cependant demeurée inchangée. Par ailleurs, les prestations intellectuelles médicales ont été sous-évaluées à défaut de paramètres mesurables.

Pour les prestations médico-techniques en particulier, l'intégration des moyens de fonctionnement dans la nomenclature entraîne de fortes fluctuations. Lorsque, pour une prestation donnée, on peut estimer que l'indemnité pour les frais de fonctionnement représente 70 % des honoraires, le montant restant est sujet à de très grandes fluctuations ainsi que les revenus nets y afférents, avec plus ou

moins de rétrocessions à l'hôpital sans compter une meilleure ou une moins bonne gestion des dépenses.

Enfin, il existe de fortes différences entre les disciplines en termes de charge et de volume de travail, mais il est possible de mieux répartir les efforts en travaillant en association et de développer l'équilibre vie professionnelle-vie privée, ce qui est généralement positif. Pour certaines disciplines spécialisées et même au sein d'une même spécialité, on investit parfois plus que la normale dans la recherche ou dans l'acquisition de compétences supplémentaires, non seulement pendant la formation mais aussi tout au long de la carrière. Cela mérite également une rémunération complémentaire !

***Les disciplines qui investissent plus dans la recherche ou l'acquisition de compétences supplémentaires méritent une rémunération également supplémentaire.***

- La disparité des valeurs de la nomenclature sera rectifiée avec la révision de la nomenclature.
- Les inégalités de revenus dues à la nomenclature qui intègre sans justification la totalité des frais de fonctionnement, diminueront ou disparaîtront.
- Ce qui ne peut ou ne doit pas disparaître est l'écart résultant de l'augmentation en termes d'investissements dans l'expertise et l'innovation, le constat ou non de permanences lourdes et les différences sensibles au niveau des horaires de travail.

Certaines différences doivent continuer à exister dans les limites du raisonnable.

#### Maîtrise des suppléments d'honoraires

Si, comme dans la proposition du ministre, on part du principe que seuls des suppléments peuvent être prélevés sur les honoraires purs sans rétrocession aux hôpitaux, on sera surpris du résultat qui entraînera une réduction significative de la contribution propre du patient. La transparence à l'égard du patient est aussi un autre point positif.

#### Conclusion

Pour autant qu'une concertation constructive suive, en dehors des déclarations populistes, sans dessous-de-table avec les hôpitaux et moyennant une législation qui fixe la nouvelle donne, le modèle proposé peut convenir pour les 20 prochaines années au moins, en prévoyant cette fois un contrôle de la qualité, une réévaluation permanente et des ajustements si nécessaire.

Dr Donald Claeys  
Secrétaire général GBS-VBS

**Une meilleure préservation de la  
QUALITÉ DES SOINS (?) – 27.09.2022**

20.00-20.10	Introduction	Dr Jean-Luc Demeere GBS
20.10-20.50	Impact de loi quaité sur votre pratique : dossier patient, partage des données du patient, commission de contrôle, etc.	Me Ann Dierickx Avocate Dewallens & Partners
20.50-21.00	Questions - Discussion	Dr. Jean-Luc Demeere VBS

Membres : 25 EUR  
Non-membres : 45 EUR  
Paiement en ligne par carte de crédit

plateforme GoToWebinar

[\*\*INSCRIPTION EN LIGNE ICI\*\*](#) ou



**TEACH THE TEACHER – 11.10.2022**

20.00-20.10	Introduction	Dr Jean-Luc Demeere GBS
20.10-20.40	Que peut apporter la simulation médicale dans l'évaluation des compétences ?	Dr Fernande Lois Anesthésie-réanimation CHU Liège
20.40-20.50	Questions	
20.50-21.20	Evaluatie van de truncus communis en selectie voor hogere opleiding	Prof. Dr. Willy Peetermans Inwendige geneeskunde UZ Leuven
21.20-21.30	Questions	
21.30-22.00	The role of CESMA in the UEMS quality assurance procedures	Dr. Maeve Durkan Council for European Specialists Medical Assessment (CESMA)
22.00-22.10	Questions	

Membres : 25 EUR  
Non-membres : 45 EUR  
Paiement en ligne par carte de crédit

Aux maîtres de stage - plateforme GoToWebinar

[\*\*INSCRIPTION EN LIGNE ICI\*\*](#) ou



**RADIOPROTECTION – 25.10.2022**

20.00-20.15	Introduction	Dr Sc. Katrien Van Slambrouck AFCN Moderator
20.15-20.45	Dose optimization projects: an example from practice	Dr. Geert Souverijns Radiologist – Jessa Hasselt
20.45-20.55	Questions	
20.55-21.35	Artificial Intelligence: untapped potential in radiation dose reduction?	Mr Glenn To beMedTech
21.35-21.45	Questions	
21.45-22.15	Radiation protection of the eye lens and the skin during fluoroscopically-guided procedures	Ir. Jérémie Dabin SCK CEN (Belgian Nuclear Research Centre)
22.15-22.30	Questions	Dr Sc. Katrien Van Slambrouck AFCN Moderator

Membres : 25 EUR  
Non-membres : 45 EUR  
Paiement en ligne par carte de crédit

plateforme GoToWebinar

[\*\*INSCRIPTION EN LIGNE ICI\*\*](#) ou





*Le GBS communique régulièrement dans Le Spécialiste pour évoquer les nouvelles évolutions par spécialité sous un angle positif. Dans ce numéro, nous vous proposons un article rédigé par l'Union professionnelle des médecins spécialistes en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés<sup>3</sup>.*

### RÉADAPTATION : en œil sur le futur !

**En 2022, de nombreuses évolutions sociales marqueront profondément le secteur de la réadaptation. Il s'agit notamment des progrès continus en médecine aiguë mais aussi des changements démographiques, politiques, économiques, sociaux et technologiques qui ne manqueront pas de modifier le paysage de la réadaptation dans le futur.**

Le secteur de la réadaptation en Belgique est très réputé pour la qualité de ses soins, la formation et la recherche scientifique. La structure CIF<sup>4</sup> conditionne le processus de réadaptation au cœur duquel le patient tient une place centrale, sans perdre de vue son milieu social.

Avec l'équipe de réadaptation, les possibilités et les talents se voient renforcés pour que chaque enfant ou adulte atteint d'un handicap acquière le plus d'autonomie possible, jouisse d'une qualité de vie optimale et participe activement à notre société. Ces objectifs sont cruciaux non seulement pour le patient en réadaptation mais aussi pour notre société, car un bon outcome après réadaptation profite à la sphère socio-économique avec un « retour sur investissement » très positif.

En 2017, l'OMS a lancé le projet « Rehabilitation 2030 : A call for action » pour attirer l'attention sur la croissance mondiale des besoins en réadaptation. Le taux de survie des enfants et des adultes touchés par un accident, un cancer ou une maladie augmente chaque année grâce aux progrès de la médecine.

De même, le nombre d'enfants survivant aux soins intensifs néonataux avec des handicaps chroniques, et le nombre d'enfants survivant à un diagnostic de handicap congénital ou de trouble du développement, augmentent fortement.

Il faut aussi s'attendre à ce que l'espérance de vie avec multimorbidité chronique continue à croître et celle-ci sera caractérisée par une plus grande diversité culturelle consécutive aux migrations internationales. Ces tendances démographiques entraînent une hausse de la demande en réadaptation et elles en accroissent sensiblement la complexité, ce qui ne manquera pas d'accentuer la pression sur l'accessibilité et le financement de la réadaptation.

#### POLITIQUE

La politique influence aussi considérablement l'organisation de la réadaptation. Par exemple, avec la 6<sup>e</sup> réforme de l'État, les compétences relatives aux hôpitaux de réadaptation et aux conventions en la matière ont été transférées aux états fédérés, ce qui a causé une fragmentation complexe du secteur de la réadaptation (fédéral/états fédérés). Notre objectif pour l'avenir est de renouveler le paysage de la réadaptation au moyen d'un échelonnement et d'une mise en réseau, ce qui constituera un défi de taille.

Les patients en réadaptation ont de plus en plus facilement accès à leurs propres données médicales et sont encouragés à prendre la responsabilité de leur trajet de soins en réadaptation. Par exemple, le financement personnalisé (PersoonsVolgende Financiering, PVF<sup>5</sup>) a été introduit en réadaptation chronique, ce qui implique une flexibilité dans l'offre et des attentes de qualité plus élevées.

<sup>3</sup> Paru dans le Spécialiste n° 192 du 29.06.2022.

<sup>4</sup> International Classification of Functioning, Disability and Health, classification de l'OMS.

<sup>5</sup> Décret M du 21 mars 2014 relatif à des mesures pour les élèves à besoins éducatifs spécifiques élaboré par les pouvoirs publics flamands

Il convient de noter que ce PVF crée des délais d'attente et complique la circulation de nos patients les plus nécessiteux vers les établissements spécialisés des états fédérés.

Les listes d'attente dans les centres de réadaptation ambulatoire (CRA) s'allongent. Le noble objectif d'inclusion sociale promu par le décret M dans l'enseignement flamand a poussé les enfants de l'enseignement spécialisé vers les CRA. Par conséquent, les enfants ayant des besoins spécifiques en réadaptation ne peuvent pas être aidés immédiatement, ce qui représente une perte de temps précieux au niveau de leur développement.

## FINANCES ET ECONOMIE

La croissance des besoins en réadaptation représente un grand défi économique et financier pour les années à venir. Il est essentiel d'investir dans le développement des lits Sp, dans la réadaptation extramurale et dans la mise en réseau pour que le financement d'un continuum de réadaptation de haute à basse complexité, reste abordable.

Il convient d'explorer les possibilités de la réadaptation aiguë extramurale, comme la création d'un hôpital de jour de réadaptation dans le cadre d'un nouveau programme de soins (spécialisés) de réadaptation et un règlement pour abaisser le seuil d'accès aux transports vers et depuis le centre de réadaptation. En effet, sociologiquement, il n'est plus justifiable que la population active doive prendre des mois de congé pour assurer la garde et le transport d'enfants ou d'adultes nécessitant des soins.

***La croissance des besoins en réadaptation représente un grand défi économique et financier pour les années à venir***

Autre tendance sociale : la responsabilisation croissante de chacun pour un mode de vie sain et positif afin de limiter les risques de maladie. A l'avenir, au sein de la réadaptation, nous investirons donc davantage dans la prévention (secondaire) notamment à travers l'éducation et la possibilité de suivi à long terme dans le cadre d'un programme de soins de réadaptation.

Enfin, nous prévoyons une évolution spectaculaire des développements de haute technologie qui accroîtront l'efficacité de la réadaptation. La télé-réadaptation, les applications, les appareils intelligents, la robotique, l'impression 3D, la réalité virtuelle et augmentée... offrent des possibilités infinies qui modifieront profondément le contenu de la réadaptation dans le futur.

Plus aucun doute : la réadaptation est en plein essor et l'avenir lui réserve de grands défis et des évolutions passionnantes !

Prof. Dr Catharine Vander Linden

Présidente Union professionnelle de Réadaptation

---

## RÈGLES INTERPRÉTATIVES

### MONITEUR BELGE DU 19 JUILLET 2022

- **RÈGLE INTERPRÉTATIVE 12 (ART. 20 – MÉDECINE INTERNE, CARDIOLOGIE)**

#### *QUESTION*

Un enregistrement Holter peut-il être facturé si l'enregistrement électrocardiographique (pendant au moins 24 heures) est effectué avec un appareil portable qui effectue un enregistrement monocanal (par exemple Rooti Rx ECG Holter System) ?

#### *REPONSE*

***Non, les codes de nomenclature 476210-476221, 476232-476243 et 476254-476265 ne s'appliquent pas à l'enregistrement du rythme cardiaque monocanal.***

*Cette règle interprétative est d'application à partir du 30 mai 2022.*

## Management de l'hôpital pour les médecins spécialistes – à partir du 28.10.2022 (cours en néerlandais)



L'EHSAL Management School (EMS) organise, en collaboration avec le GBS, le programme de formation « Ziekenhuismanagement voor artsen-Specialisten » (Management de l'hôpital pour les médecins spécialistes).

En peu de temps, cette formation familiarise les médecins aux connaissances stratégiques, juridiques et financières permettant de prendre part à la gestion. Cette formation comprend 7 sessions de jour regroupées en 3 modules :

### Module 1: Contexte juridique (2 sessions)

Session 1 – vendredi 28.10.2022

- 9h-12h45 : Prise de décision en matière de gestion médicale et statut du médecin hospitalier (Filip Dewallens)
- 13h45-15h45 : Le dossier médical, la vie privée et le secret professionnel (An Vijverman)
- 16h00-17h30 : Organisation des soins de santé en Belgique (Jelle Coenegrachts)

Session 2 – vendredi 25.11.2022

- 9h-12h45 : Responsabilité médicale (Thierry Vansweevelt)
- 13h45–16h15 : Liens de collaboration entre hôpitaux (Filip Dewallens)
- 16h30-17h30 : Associations, sociétés et autres accords de collaboration entre médecins hospitaliers (Raf Van Goethem)

### Module 2: Gestion générale (2 sessions)

Session 3 – vendredi 13.01.2023

- 9h-12h45 : Le lean management comme pilier pour la valeur ajoutée et la qualité des soins de santé (Hans Crampe)
- 13h45-15h45 : Le lean management comme pilier pour la valeur ajoutée et la qualité des soins de santé (Hans Crampe)
- 16h00-17h30 : Qualité et tendances politiques actuelles dans les soins de santé (Jean-Luc Demeere)

Session 4 – vendredi 17.02.2023

- 9h-12h45 : Stratégie pour l'ensemble de l'hôpital (Joost Baert)
- 13h45-17h30 : Cycle plans de gestion médicale (Tom Van Meel)

### Module 3: Gestion financière et reporting (3 sessions)

Session 5 – vendredi 10.03.2023

- 9h-12h45 : Introduction : définition des concepts de bases de la comptabilité hospitalière (Christine Van Liedekerke)
- 13h45-17h30 : Comptabilité analytique (Erik De Smidt)
- La relation financière entre le gestionnaire et les médecins (Erik De Smidt)

Session 6 – vendredi 31.03.2023

- 9h-12h45 et 13h45-17h30 : nomenclature et BMF : leviers pour la gestion ? (Constantinus Politis)

Session 7 – vendredi 24.04.2020

- 9h-10h45 : Gestion financière et reporting : Balanced Scorecard (Nathalie Demeere)
- 11h00-12h45 : Analyse du compte annuel (Joseph-Michel Boes)
- 13h45-17h30: Projets d'investissement (Joseph-Michel Boes)

Lieu : Odisee/KU Leuven Campus Brussel, rue d'Assaut 2, 1000 Bruxelles (à proximité de la Gare centrale). Programme détaillé, tarifs, professeurs et autres informations disponibles sur [www.emsbrussel.be](http://www.emsbrussel.be) > Opleidingen professionals > Gezondheidsmanagement.

## Résolution des conflits à l'hôpital – vendredi 07.10.2022 (cours en néerlandais)

Des conflits peuvent aussi se produire à l'hôpital. Les rapports entre médecins mais aussi entre les médecins et les infirmiers et entre les conseils médicaux et d'administration, forment un terreau propice à la polarisation et aux conflits d'intérêts d'apparence incompatibles en raison de leur complexité. Cela vaut aussi pour le cadre plus large des associations et des réseaux.

La formation [Conflicten oplossen in ziekenhuizen](#) en collaboration avec le GBS offre de manière accessible, à l'appui de situations concrètes, des outils pour gérer les communications problématiques et les conflits à l'hôpital. En une journée, la formation apprend comment désamorcer les conflits, adopter une attitude axée sur la médiation et favoriser la communication constructive. Accréditation en Éthique et Économie demandée.

Informations et inscriptions : [www.emsbrussel.be](http://www.emsbrussel.be) > Opleidingen professionals > Opleiding zoeken

## Restez informé avec les e-spécialistes

Le GBS et ses unions professionnelles envoient régulièrement des mailings aux médecins spécialistes affiliés pour leur fournir des informations pertinentes et essentielles sur l'exercice de leur profession.

Vous ne recevez pas encore les e-mails d'information de votre union professionnelle ? Prenez contact avec nous à [info@gsb-vbs.org](mailto:info@gsb-vbs.org) et nous ajouterons votre adresse dans notre liste de diffusion. Si nous disposons déjà de vos coordonnées, nous vérifierons pourquoi vous ne recevez pas nos e-mails. Tous les e-spécialistes se trouvent sur la page d'accueil [www.gsb-vbs.org](http://www.gsb-vbs.org).

03.08.2022	<a href="#">e-spécialiste n° 936 : AR sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocessions</a>
02.08.2022	<a href="#">e-spécialiste n° 935 : adaptation rétroactive honoraires de surveillance rhumatologues</a>
20.07.2022	<a href="#">e-spécialiste n° 934 : période d'immunisation art. 14, n)</a>
19.07.2022	<a href="#">e-spécialiste n° 933 : règlement remboursement consultations à distance dès le 01.08.22</a>
18.07.2022	<a href="#">e-spécialiste n° 932 : nouvelle nomenclature pathologies colonne vertébrale</a>

## ANNONCES – AUSSI DISPONIBLES SUR [WWW.GBS-VBS.ORG](http://WWW.GBS-VBS.ORG)

**21145 THUIN** – Le Groupe Jolimont est à la recherche d'un.e PSYCHIATRE à temps partiel pour le centre l'Espérance à Thuin. Le centre est spécialisé dans le traitement des alcool-dépendances. Les candidatures sont à adresser à M. Hansenne, directeur: [jacques.hansenne@jolimont.be](mailto:jacques.hansenne@jolimont.be).

**21144 SAINT-QUENTIN (FRANCE)** – Cabinet de radiologie à Saint-Quentin dans l'Aisne (France, 1h de Lille / 1h de Reims / 2h de Paris). Equipe de 4 radiologues, 7 manip, 8 secrétaires. Cherche RADIOLOGUE pour remplacements ou association (plein temps ou mi-temps). Cabinet de ville de 800 m<sup>2</sup> avec activité complète, échographie, sénologie, radiologie générale, densitométrie, cone beam, scanner et IRM. Équipement moderne avec accès dématérialisé complet, pas de garde. Horaires adaptables à l'activité (possibilité de finir des vacations au domicile). Pour tout renseignement contacter le 0033/607 76 33 48.

**21143 NIVELLES** - La Petite Maison ACIS Asbl cherche à pourvoir pour son établissement « la Toulaine », DEUX POSTES EN PSYCHIATRIE OU PEDOPSYCHIATRIE, l'un pour l'hébergement (hospitalisation complète), l'autre pour l'hôpital de jour. Annonces disponibles ici : <http://www.acis-group.org/node/419> et <http://www.acis-group.org/node/420>. Envoyez votre CV au Dr Soumeya Sebti, médecin chef, et Madame Evelyne Chambeau, directrice générale, La Petite Maison, rue des Acacias, 8 à 1450 Chastre, [recrutement.lapetitemaison@acis-group.org](mailto:recrutement.lapetitemaison@acis-group.org).

## Table des matières

• Édito – Réforme de la nomenclature : deux interrogations .....	1
• Audition parlementaire : vision du GBS sur la réforme des hôpitaux .....	2
• Webinaires GBS : Loi qualité 27/09 – Maîtres de stage 11/10 – Radioprotection 25/10 .....	8
• GoodViBeS – Réadaptation : un œil sur le futur ! .....	9
• Règle interprétative médecine interne, cardiologie .....	10
• Management de l'hôpital pour les médecins spécialistes à partir du 28/10 .....	11