
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° 1 / JANVIER 2002

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

Les nouveaux tarifs applicables à partir du 1.2.2002 pour les consultations, les visites et la psychothérapie pourront être consultés sur le website du GBS dès qu'ils seront en notre possession. Ils pourront également être obtenus par téléphone, sur simple demande, auprès du Secrétariat.

COMMUNICATION OBLIGATOIRE DES DONNEES FINANCIERES ET STATISTIQUES PAR LE GESTIONNAIRE DE L'HOPITAL AU CONSEIL MEDICAL

Un arrêté royal (A.R. du 18.12.2001) exécutant l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux a été publié au Moniteur du 28.12.2001. Cet arrêté contient une liste précise des différentes données que le gestionnaire est tenu de communiquer au conseil médical. Il met un terme définitif aux situations intolérables observées dans certains établissements dont le gestionnaire ne donne qu'une image peu transparente de la comptabilité interne au conseil médical. Nous reproduisons ci-après la liste intégrale des données.

Le VVI n'entend désormais – et ce à tort – remplir ces obligations que lorsque tous les honoraires, y compris ceux des consultations, font l'objet d'une perception centrale. L'organisation des gestionnaires s'appuie pour ce faire sur une interprétation erronée des premiers termes de l'A.R., à savoir "Pour les hôpitaux, dont la perception des honoraires médicaux est organisée de façon centrale...". Lu de cette manière..., "cet A.R. semble" s'appliquer aux hôpitaux où "tous les honoraires" font l'objet d'une perception centrale, déclarent les Drs C. BOONEN et D. DEVOS de la direction du V.V.I. Wishfull thinking.

Rien n'est moins vrai en fait. Pour qu'une telle interprétation soit possible, il aurait fallu qu'il soit indiqué "tous" dans l'A.R. Ceci n'était cependant pas possible car l'A.R. a été pris spécifiquement dans le cadre de l'article 128bis qui ne permet pas de distinction selon les catégories d'hôpitaux et certainement pas suivant un critère sortant du cadre légal de la perception centrale. Pour l'instant, la perception centrale des honoraires est exclusivement prévue pour les prestations concernant les patients hospitalisés. Si la loi parle de "la perception centrale des honoraires médicaux", elle concerne exclusivement ceux pour les hospitalisés. **Etendre la perception centrale aux prestations ambulatoires des services médico-techniques n'est possible que par le biais d'un A.R. d'exécution spécifique de l'article 134 de la loi** (ce qui n'est aucunement le cas) **et nécessite en outre des dispositions spécifiques prenant la forme d'A.R. définissant les modalités de l'extension de la perception centrale.**

Par contre, il est essentiel que le nouvel A.R. prévoit également la communication de données concernant les honoraires qui ne sont pas visés par la perception centrale obligatoire, à savoir les honoraires des activités ambulatoires des services médico-techniques et des consultations, sans pour autant imposer la perception centrale, c'est-à-dire le **pourcentage global de ces honoraires qui "reviennent à l'hôpital"**. Si l'on suit le raisonnement du V.V.I., ce pourcentage ne doit être communiqué ni au gestionnaire ni au conseil médical.

Par ailleurs, nous souhaitons particulièrement mettre l'accent sur la signification importante de l'avant-dernier alinéa de l'art. 1, 4°, de l'A.R. en vertu duquel, parmi les données à communiquer, il y a également la part "qui revient à l'hôpital" sur "l'ensemble des services hospitaliers" et... les "services hospitaliers auxiliaires (total des centres de frais 100 à 199)". La part des honoraires visée est celle à laquelle le gestionnaire pourrait prétendre (sur base des contrats dans le cadre de l'art. 140, § 1, 4° et § 4 de la loi sur les hôpitaux) pour les services qui sont considérés comme étant **spécifiquement liés à la journée d'hospitalisation**, tels que la morgue, le quartier opératoire, l'anesthésie, la stérilisation centrale ou les archives médicales. Les "centres de frais auxiliaires" sont des centres de frais à répartir qui sont exclusivement répartis entre les services infirmiers. En effet, les coûts de ces centres de frais sont définis comme étant couverts par le prix de la journée d'hospitalisation (art. 7 de l'A.M. du 6.8.1986).

En vertu du **§1, 4° et § 4 de l'article 140** de la loi sur les hôpitaux, les interventions à partir des honoraires médicaux concernant ces centres de frais sont exclusivement prévues dans le cadre de mesures visant au maintien ou à la promotion de l'activité médicale dans l'hôpital. Etant donné la formulation "le pourcentage ... qui revient à l'hôpital", nous entendons insister auprès des conseils médicaux pour que soient définies, lors de ce type de contrats financiers, formellement et par écrit la **destination spécifique et la durée** pendant laquelle ces contributions sont autorisées.

En outre, l'article 4 de l'A.R. prévoit que le conseil médical doit respecter la confidentialité des données qui lui sont transmises et qu'il ne peut en aucun cas les "diffuser" en dehors du conseil médical. Le VVI entend immédiatement transformer ce concept en une interdiction absolue de communication. Ces données sont naturellement confidentielles, et ceci vaut pour quiconque les obtient du conseil médical soit dans le cadre du fonctionnement interne normal du conseil médical, soit en qualité d'expert. Cela signifie qu'il est préférable qu'un engagement de confidentialité soit pris d'une manière très formelle par la personne concernée, et ce tant vis-à-vis de l'hôpital que vis-à-vis du conseil médical.

Enfin, l'A.R. prévoit l'application de ces nouvelles dispositions aux données de l'exercice 2000, bien qu'il entre en application avec effet rétroactif le 1^{er} janvier 2001. Qu'advient-il d'un éventuel plan d'assainissement de l'année 2000 dans un hôpital public, qui aurait dû être communiqué avant l'approbation par les organes de gestion? C'est une énigme. Peut-être cette approbation n'a-t-elle plus aucune validité juridique...?

ARTICLE 128BIS DE LA LOI SUR LES HOPITAUX

18 DECEMBRE 2001. - Arrêté royal exécutant l'article 128bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (M.B. du 28.12.2001)

[...]

Article 1^{er}. . Pour les hôpitaux, dont la perception des honoraires médicaux est organisée de façon centrale, le gestionnaire de l'hôpital doit communiquer au Conseil médical de l'hôpital les renseignements suivants :

les renseignements visés à l'arrêté royal du 27 novembre 1973 portant réglementation des informations économiques et financières à fournir aux conseils d'entreprises;

2° a) la liste nominative du personnel occupé pendant toute l'année ou une partie de l'année, établie par type et catégorie de personnel, en mentionnant en regard de chaque nom :

- la fonction occupée;
- le centre de frais où la fonction est exercée;
- le temps de travail exprimé en équivalent temps plein payé;

b) la moyenne d'ancienneté pécuniaire établie par type et catégorie de personnel;

3° le total des charges de personnel, les autres charges et les produits par centre de frais repris à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux visé à l'annexe 1 du même arrêté;

Les autres charges et produits doivent être détaillées suivant les natures reprises aux classes 6 et 7 du plan comptable minimum normalisé des hôpitaux;

4° le pourcentage des honoraires qui revient à l'hôpital en mentionnant le(s) système(s) de rémunération des médecins hospitaliers pour chaque groupe de services suivants :

- l'ensemble des laboratoires (total des centres de frais 510 à 549);
- l'ensemble de l'imagerie médicale (total des centres de frais 500 à 509);
- l'ensemble des autres services médico-techniques (total des centres de frais 555 à 828);
- l'ensemble des services hospitaliers (total des centres de frais 200 à 499), y compris l'hospitalisation de jour (total des centres de frais 550 à 554) et des services hospitaliers auxiliaires (total des centres de frais 100 à 199);
- l'ensemble des consultations (total des centres de frais 840 à 899);

5° les documents visés à l'article 98 de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la proposition de prix par journée d'hospitalisation;

6° la décision émanant de l'autorité compétente en ce qui concerne l'agrément;

7° par catégorie de personnel, le pourcentage, par rapport au nombre d'heures à prester, des absences pour cause de congé annuel, de maladie, de congé d'accouchement, d'accident de travail ou de maladie professionnelle;

8° les informations relatives à toutes opérations de restructuration de l'hôpital, entre autres les fermetures et/ou reconversions de lits avec mention des conséquences y relatives notamment quant au maintien du volume de l'emploi;

9° les feed-back relatifs au résumé clinique minimum, au résumé infirmier minimum et au résumé psychiatrique minimum;

10° le budget de l'exercice de l'année suivante.

En outre, pour les hôpitaux publics, le gestionnaire doit transmettre les renseignements suivants au Conseil médical :

11° le statut du personnel (statutaire, contractuel) exprimé en pourcentage du nombre total de personnes;

12° le cas échéant, le plan d'assainissement.

Art. 2. § 1^{er}. Les données visées à l'article 1^{er}, 1° à 9° et 11°, sont transmises, une fois par an, au Conseil médical, dans les trois mois qui suivent la clôture de l'exercice considéré.

§ 2. Les données visées à l'article 1^{er}, 10°, sont transmises, une fois par an, au Conseil médical avant la fin de l'exercice précédent celui auquel se rapporte le budget.

§ 3. Les données visées à l'article 1^{er}, 12°, sont transmises au Conseil médical avant approbation par les organes de gestion.

Art. 3. Outre le transfert des données visées à l'article 2, le gestionnaire apporte les commentaires et éclaircissements nécessaires au sujet des données visées à l'article 1^{er}.

Cette communication intervient via le Comité de concertation médecins - gestionnaire si celui-ci existe au sein de l'hôpital. Dans le cas contraire, elle intervient à l'initiative du Conseil médical qui invite le gestionnaire à la réunion dont l'ordre du jour portera sur ce point.

Art. 4. Le Conseil médical est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont transmises. Il ne peut, en aucun cas, les diffuser en dehors du Conseil médical.

Art. 5. Les dispositions du présent arrêté s'appliquent pour la première fois aux données de l'exercice 2000.

Art. 6. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2001.

Art. 7. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 décembre 2001.

LES FUTURES REGLES CONCERNANT LES TARIFS D'APPLICATION DANS LES HOPITAUX

Le projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé, qui a entre-temps été adopté en commission de la Chambre le 23 novembre 2001, contient un certain nombre de nouvelles dispositions en ce qui concerne les tarifs, les suppléments d'honoraires et les tarifs maximums qui peuvent être d'application dans les hôpitaux. Les nouvelles dispositions légales nécessitent quelques éclaircissements, d'autant plus qu'elles requièrent une actualisation des réglementations existantes sous la forme d'accords écrits explicites entre les médecins et le gestionnaire via la réglementation générale des rapports juridiques (RGRJ).

Quelque quatre articles concernent les suppléments susceptibles d'être demandés à un patient hospitalisé :

- l'art. 90 de la loi sur les hôpitaux définit les suppléments pouvant être demandés par l'hôpital;
- l'art. 91 traite des modalités de communication;
- l'art. 138 porte sur les suppléments d'honoraires et les modalités d'application en la matière;
- l'art. 114 du projet de loi concerne la réglementation transitoire.

(N.B. : Ces dispositions ne sont pas encore applicables actuellement (25.1.2002).

1. Les suppléments de l'hôpital (le nouvel art. 90 de la loi sur les hôpitaux)

Outre le budget des moyens financiers de l'hôpital, un supplément peut être facturé pour le séjour en chambre individuelle ou en chambre à deux lits, en ce compris l'hospitalisation de jour, à charge du patient ayant exigé une telle chambre, à condition qu'au moins la moitié du nombre de lits de l'hôpital puisse être mis à disposition pour l'accueil de patients souhaitant être hospitalisés sans suppléments.

Ce nombre de lits disponibles doit comprendre suffisamment de lits pour la prise en charge d'enfants accompagnés d'un parent.

Un montant maximum pour le supplément pour un séjour en chambre particulière ou en chambre à deux lits peut éventuellement être fixé par arrêté royal. En outre, aucun supplément de séjour ne peut être facturé

- en cas de nécessité médicale d'une hospitalisation en chambre individuelle (état de santé du patient, conditions techniques d'examen, traitement ou surveillance);
- en cas de nécessités du service ou d'une hospitalisation en chambre individuelle pour cause de non-disponibilité de lits inoccupés en chambre à deux lits ou en salle commune (idem pour l'hospitalisation en chambre à deux lits pour cause de lits non disponibles en salle commune);
- hospitalisation en unité de soins intensifs ou aux urgences en dehors de la volonté du patient et pour la durée du séjour dans cette unité.

2. La condition en matière de communication

On part d'un devoir de communication implicite et du consentement du patient. Ceci ressort également de l'art. 50, § 3, dernier alinéa de la loi S.S.I. coordonnée du 14.7.1994 dans lequel nous lisons la disposition suivante : "...*les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.*"

Dans le nouveau projet de loi, il est prévu que de nouvelles règles peuvent être définies, par arrêté royal, concernant :

- la nature des montants à charge du patient qui doivent lui être communiqués au préalable, aussi bien en ce qui concerne les suppléments de l'art. 90 (hôpital) que ceux de l'art. 138 (médecins);
- les modalités de communication du montant du supplément;
- la soumission au patient, pour signature, d'un document dans lequel les montants sont indiqués.

En ce qui concerne les suppléments de l'art. 138 en hôpital de jour, les dispositions susmentionnées sont uniquement applicables aux prestations définies par A.R.

En outre, il est également prévu que la manière dont les montants doivent être portés à la connaissance du public est précisée par A.R.

3. Les suppléments d'honoraires (art. 138 de la loi modifiée sur les hôpitaux)

3.1. Si un accord est en vigueur :

3.1.1. Les médecins conventionnés doivent respecter les tarifs de la convention pour les patients (hospitalisés ou hôpital de jour) admis en chambre à deux lits ou en salle commune. Sont assimilés à cette dernière : les cas pour lesquels aucun supplément de séjour (cf. point 1 supra, à savoir art. 90) ne peut être facturé.

3.1.2. Les médecins hospitaliers qui ne sont pas conventionnés le font savoir au gestionnaire qui en informe le conseil médical et les mutuelles.

Ces médecins peuvent, pour les patients visés sous le point 3.1.1., déroger aux tarifs de la convention pour autant que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale et que les médecins concernés les respectent. Ces dispositions s'appliquent également aux prestations en hospitalisation de jour comme définis par A.R.

Cette partie de la RGRJ peut uniquement être appliquée si elle a été communiquée à :

- la Commission paritaire médecins-hôpitaux,
- via l'INAMI, aux organismes assureurs.

Un fait particulièrement important est que la loi garantit le droit à des tarifs divergents aux médecins non conventionnés. Par contre, ils doivent passer un accord à ce sujet avec le gestionnaire. En fait, la loi a réparti le droit d'initiative entre, d'une part, les médecins (en ce qui concerne les conditions des suppléments) et, d'autre part, le gestionnaire (en ce qui concerne la garantie aux patients visés sous 3.1.1.; voir infra 3.1.3.).

3.1.3. Le gestionnaire et le Conseil médical garantissent que les patients visés sous 3.1.1. peuvent être soignés au tarif de la convention. Le gestionnaire prend les initiatives nécessaires à cette fin, après concertation avec le Conseil médical, et en informe celui-ci. Des modalités d'application peuvent éventuellement être définies par A.R.

3.2. S'il n'y a pas d'accord médico-mutualiste, la même réglementation que celle visée sous 3.1.2. s'applique à tous les médecins.

3.3. N.B. : Dans les cas visés sous 3.1., il est éventuellement possible de définir, par A.R., des catégories de patients pour lesquels les médecins non conventionnés (3.1.2.) ne peuvent pas facturer d'honoraires autres que les tarifs de la convention. En l'absence d'accord, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximums que les médecins peuvent facturer pour ces patients.

3.4. Tant que les tarifs maximums visés sous 3.1.2. n'ont pas été fixés, les seuls suppléments à pouvoir être facturés sont ceux qui ont été communiqués aux patients à la date d'entrée en vigueur de la loi en application de l'A.R. du 3 octobre 1991 (A.R. précisant les règles relatives à la communication, aux patients, des suppléments qui sont demandés par rapport aux tarifs de l'engagement et de tout autre supplément. En d'autres termes, c'est la réglementation actuelle en matière de communication).

4. Patients ambulatoires

Aucune législation spécifique n'est prévue pour les patients ambulatoires, à l'exception de la loi S.S.I. concernant les accords proprement dits. Le médecin non conventionné fixe donc en principe ses honoraires librement. Cela peut naturellement faire l'objet d'accords entre le gestionnaire et les médecins dans la RGRJ.

5. Cas spécifiques : les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation pour la biologie clinique et la radiologie pour les patients hospitalisés

L'art. 57, § 6, de la loi S.S.I. stipule : "*Aucun montant ne peut être mis à charge des bénéficiaires pour les prestations couvertes par le ou les forfaits visé au § 1^{er}.*"

Suivant une interprétation antérieure de l'administration de l'INAMI, il a été déduit à tort que cette disposition excluait aussi bien une éventuelle intervention personnelle dans les forfaits pour les patients hospitalisés que d'éventuels suppléments. Ceci supposerait toutefois que des tarifs maximums absolus sont ainsi fixés.

Cette vision est très contestable car l'art. 57, § 5, 2^e alinéa établit une distinction entre la notion d'"honoraires forfaitaires", d'une part, et les "forfaits", d'autre part, les "honoraires forfaitaires" s'appuyant en fait sur les tarifs de la convention, ce qui ne serait pas le cas avec la notion de "forfait". C'est pourquoi la disposition susvisée stipule : "*Sauf si les prestations de biologie clinique pour les patients hospitalisés sont payées partiellement sur base d'un ou d'honoraires forfaitaires, des attestations de soins telles que visées à l'article 53 ne doivent pas être délivrées pour les prestations payées au forfait.*" Le forfait visé à l'art. 57, § 6, n'est clairement pas un honoraire. C'est encore plus explicite dans le cadre de l'exécution concrète.

En effet, l'arrêté d'exécution du 3 juillet 1996 stipule dans son article 154 que les prestations de biologie clinique pour les patients hospitalisés sont pour les trois-quarts remboursées sur base d'honoraires forfaitaires. Le texte stipule : "*se substituent à 75 % des honoraires tels qu'ils ont été fixés pour les prestations concernées conformément aux dispositions de l'article 50 de la loi coordonnée*" (n.d.l.r. : l'article de la loi S.S.I. sur les accords). De manière plus explicite, cela signifie ceci : les honoraires forfaitaires se substituent à 75 % des tarifs des honoraires observés vis-à-vis des bénéficiaires par les médecins ayant adhéré aux accords. Il s'agit donc de tarifs maximums applicables aux médecins conventionnés, lesquels varient certes d'un hôpital à l'autre, en application de l'A.R. du 19.6.1997 (M.B. du 26.7.1997) régissant les honoraires forfaitaires de biologie clinique par journée d'hospitalisation mais il ne s'agit en aucune façon de tarifs maximums absolus.

Il n'y a cependant aucune raison de supposer que les médecins non conventionnés ne peuvent pas facturer de suppléments. A notre avis, il n'y a rien d'illégal à ce que les médecins non conventionnés puissent réclamer un supplément aux tarifs unitaires par prestation (les 25 %), lorsque les autorités diminuent par exemple de 33,34 %, comme ce fut le cas le 1.8.2001, les

honoraires forfaitaires par une mesure de récupération temporaire comme visée à l'article 59 de la loi S.S.I., à la suite d'un dépassement budgétaire.

En ce qui concerne l'imagerie médicale pour les patients hospitalisés, ce principe est encore énoncé plus clairement attendu que l'arrêté d'exécution du 26 avril 1999 introduisant ce système d'honoraires forfaitaires (entre autres) ne contient rien d'autre que l'entérinement d'un accord conclu au niveau de la commission nationale médico-mutualiste.

Bien que nous soyons d'avis que, d'un point de vue strictement juridique, il n'est pas correct d'interdire les suppléments pour les honoraires forfaitaires pour les patients hospitalisés, leur facturation a été rendue impossible ipso facto. Dans le cadre de la fixation des modèles de facture hospitalière, il y a plusieurs années, ce problème avait déjà donné lieu à de belles discussions à l'INAMI. Sous la rubrique honoraires forfaitaires pour la biologie clinique, aucune case spécifique n'est prévue sur la note d'hospitalisation pour ce type de suppléments, pas plus, du reste, sur le support magnétique. N.B. : pour les patients ambulatoires, des suppléments sont possibles, tant au niveau de la partie forfaitaire des honoraires qu'au niveau de la partie résiduelle par prestation.

6. La facturation des montants à charge du patient hospitalisé

En plus de la note d'hospitalisation, il y a aussi l' "Extrait de la note d'hospitalisation" destiné au bénéficiaire. Ce document contient :

- aucune mention concernant les éventuels suppléments pour les honoraires forfaitaires par journée d'hospitalisation;
- sous la rubrique 3.1. (Honoraires forfaitaires par admission) uniquement une case supplémentaire pour les honoraires de consultance du radiologue;
- sous 3.2.2., une rubrique "honoraires pour lesquels aucun montant n'est mis à charge du patient"; ceux-ci sont mentionnés par spécialité et par dispensateur; il s'agit d'une part de l'intervention personnelle du patient et, d'autre part, de la catégorie "supplément". Cette dernière notion est définie comme "*un montant qui est facturé au patient en sus de l'intervention personnelle fixé légalement pour des médicaments, du matériel médical, des prestations médicales ou paramédicales ou d'autres prestations et qui n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire*".
- sous 3.2.3., une rubrique "honoraires pour toutes les prestations diagnostiques et thérapeutiques non remboursées et honoraires entièrement à charge du patient". C'est notamment le cas des prestations qui ont été rayées de la nomenclature. Ces montants ne sont pas considérés comme un supplément, mais comme un "autre montant" (sic), ce qui est défini dans la note explicative comme "*le montant des prestations pour lesquelles aucune intervention de la mutualité ni aucune intervention personnelle ne sont prévues*".

Par ailleurs, il est également possible que certaines prestations de la nomenclature soient conservées, mais avec une valeur nulle. Dans ce cas, un médecin non conventionné peut naturellement facturer un supplément. L'A.R. n° 78 dit en effet que le médecin a droit à des honoraires pour ses prestations.

Encore une chose pour finir : les tarifs des honoraires de la convention couvrent les prestations comme elles sont prévues dans le libellé et les règles d'application de la nomenclature, ainsi que les coûts relatifs à ces prestations. Ne sont donc pas compris : les coûts éventuels qui ne sont pas requis pour la nomenclature, ni les coûts en rapport avec les prestations qui appartiennent à une des autres rubriques énumérées à l'article 34 de la loi S.S.I. (ex. les dispositifs médicaux).

D'autres dispositions sont données dans certains chapitres de la nomenclature. Les plus connues sont notamment les dispositions de l'art. 12, § (Anesthésie), art. 13, § (Réanimation). D'autres sont moins connues, comme celles de l'art. 17, § 5, b) et c) (imagerie médicale) : " Les honoraires comprennent les honoraires pour la prise des clichés et la rédaction des protocoles. Ils englobent les frais en relation avec ces examens".

OBLIGATIONS COMPTABLES DU CONSEIL MEDICAL EN MATIERE DE PERCEPTION CENTRALE

Un arrêté royal exécutant l'article 137 de la loi sur les hôpitaux (A.R. du 18.12.2001 – M.B. du 28.12.2001) impose aux services de perception centrale des conseils médicaux de tenir une comptabilité à partie double et d'appliquer le plan comptable minimum normalisé (A.R. du 12.9.1983). L'A.R. ajoute en fait un certain nombre de comptes qui sont le reflet de ceux qui étaient déjà prévus dans les classes correspondantes du plan comptable uniforme des hôpitaux. L'A.R. entre en vigueur le 1^{er} janvier 2002 et s'applique pour la première fois à la comptabilité de l'exercice 2002.

PROCHAINE REVISION DE LA PLANIFICATION DE L'OFFRE MEDICALE

Une redéfinition des quotas est à l'étude au sein de la commission de planification de l'offre médicale. Initialement, les contingents annuels globaux s'élevaient à 700 (2004), 650 (2005), 600 (à partir 2006). Conformément à des propositions du ministère, ceux-ci seraient maintenus à 700 pour les années 2004 à 2008 (cela a été qualifié d' "arrondi" : des mauvaises langues ont parlé de "promotion de Noël"). Pour les années 2009-2010, l'arrondi serait porté à 750. Fait caractéristique, les chiffres fixés par l'A.R. du 29.8.1997 n'ont pas du tout été respectés par les facultés francophones qui ont pratiqué un dépassement systématique de $\pm 15\%$.

En plus de la répartition entre les médecins généralistes et les spécialistes ainsi que de la répartition entre les différentes disciplines se pose la question de la répartition entre les différentes facultés. Un exercice de réflexion au cours duquel les problèmes du secteur et les impasses budgétaires des soins de santé doivent manifestement céder la place aux "droits de sélection" des universités. Et la seule solution sensée, à savoir une sélection nationale, se heurte encore à une forte résistance, en dépit du fait que cela doit conduire à des propositions de mécanismes pratiquement irrationnels.

Nous avons transmis nos réflexions au ministère dans une lettre datée du 4 janvier, que nous reproduisons ci-après : (traduction)

"Concerne : projet d'A.R. relatif à la planification de l'offre médicale

1. Nous ne pouvons naturellement pas marquer notre accord avec l'augmentation proposée des nombres de candidats ayant accès à la formation pour un titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste, pour les années 2005 et 2006, puisqu'il n'existe pas d'arguments fondamentaux en faveur d'un "arrondi" qui se fait naturellement vers le "haut". Du reste, nous avons été très surpris d'apprendre que les universités francophones "organisent" de façon systématique le dépassement des quotas qui leur sont proposés, de sorte qu'ils ne respectent tout bonnement pas les dispositions légales.

Cet "arrondi" signifie une augmentation systématique de + 12 %. Il n'existe pas de raison objective justifiant une telle révision à la hausse des quotas. Par exemple, on ne tient pas compte du fait que les pouvoirs publics ont prévu, dans le cadre d'une politique budgétaire restrictive, tout un programme de limitations importantes des activités, clairement et systématiquement orienté vers la réduction des volumes d'activités et de prestations. Ces mesures conduisent, avec une sûreté mathématique, à la réduction de l'emploi et à la disparition des vacances futures dans les soins de santé (surtout spécialisés). Dès lors, il est vivement recommandé de ne pas relever les quotas définis précédemment.

2. Dans ce prolongement, nous ne pouvons pas non plus être d'accord avec la répartition des quotas entre les médecins spécialistes et les médecins généralistes. En effet, l' "arrondi" de + 12 % est pratiquement intégralement incorporé dans le quota qui serait fixé pour les formations de

spécialisation. On constate même que le chiffre proposé de 470 (de 2004 à 2008) spécialistes à former au maximum correspond d'une manière significative à la croissance annuelle moyenne du nombre de spécialistes au cours de la dernière décennie, de sorte qu'en réalité, on ne peut pas réellement parler de "numerus clausus". En fait, on a tout simplement fixé les quotas en fonction des besoins en candidats-spécialistes (main-d'œuvre bon marché) des structures de formation sans tenir aucunement compte des besoins d'activités réels des soins de santé.

3. L'article 4 § 1er contient une formulation inexacte des dispositions de l'A.R. du 16 mars 1999. L'article 3 de ce dernier prévoit en effet : "... une attestation qui prouve que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former". L'article 4 de ce même A.R. dit qu'il lui faut une deuxième attestation "qui prouve que le candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique.." Du reste, il s'agit ici de critères de formation spécifiques.

La disposition proposée ne correspond pas aux dispositions de l'A.R. du 16 mars 1999. La formulation proposée aurait pour conséquence que la formation universitaire spécifique serait uniquement accessible à des candidats sélectionnés arbitrairement. Les dispositions de l'A.R. n° 78 régissent l'accès aux titres professionnels mais pas aux études et à la formation en tant que telle. Cette disposition constitue dès lors une atteinte à un droit fondamental.

Au § 2, on introduit apparemment un diplôme de "candidat-médecin généraliste" et de "candidat spécialiste". Sur quelle base légale?

En outre, une mesure complètement insensée est insérée ici, à savoir que tous les candidats sont bloqués dans leur formation dès qu'une faculté dépasse le quota total d'attestations autorisées. En effet, la spécialisation ne peut être entamée que lorsque le plan de stage a été soumis à la commission d'agrégation.

Au § 2, 4°, on franchit encore un pas tout aussi insensé, à savoir en convertissant soudainement en minimums à atteindre, les quotas maximums fixés précédemment. En fait, on estime que le "souhait" d'un candidat d'être formé dans une certaine discipline peut être transformé en un "must" imposé par la faculté. Une telle chose n'est quand même pas possible (et ce n'est d'ailleurs pas constitutionnel) ! On peut tout au plus fixer des critères de sélection et ensuite accepter les candidats répondant à ces critères aussi longtemps que le quota maximum n'est pas atteint. Cependant, on ne peut pas transformer le libre choix des candidats en un choix de spécialité imposé, de même qu'il n'est pas possible d'ajuster le niveau de qualité requis pour la sélection en fonction du quota maximum.

Dans ce texte se trouve la traduction véritable de l'objectif fixé, à savoir définir les quotas en fonction des besoins budgétaires et de fonctionnement dans le cadre des hôpitaux universitaires et des réseaux.

La formulation du § 2, 5°, n'est pas très claire. On ferait bien de préciser le contenu exact de la disposition.

§ 2, 6° : Qu'une "concertation" entre les facultés ou un "tirage au sort" puissent être nécessaires constitue la meilleure preuve du fait que la seule solution rationnelle au problème de la sélection réside dans une évaluation centrale, donnant lieu à une qualification permettant ensuite un choix simple des mieux placés.

Dans l'espoir que ces remarques pourront être prises en considération, je vous prie de croire en l'expression de ma considération distinguée.

Prof. Dr J. GRUWEZ"

MEDECIN DE GARDE AUX SOINS INTENSIFS, QUI, QUOI, COMMENT?

Depuis que l'ex-ministre Marcel Colla a tenté de réglementer le service de garde médicale dans les hôpitaux généraux, les adaptations d'arrêté ministériel se succèdent et donnent lieu à chaque fois à des commentaires négatifs des différents groupements d'intérêts.

Le service de garde du médecin hospitalier a éveillé l'intérêt des responsables politiques, des organisations de gestionnaires d'hôpitaux, de l'INAMI et naturellement des associations de médecins.

Nul n'entend nier que, dans le contexte d'une médecine en évolution rapide, les permanences médicales nécessitent également des adaptations :

De nouvelles techniques de traitement et des médications puissantes doivent souvent être lancées dans les premières heures suivant le diagnostic ou l'attaque.

L'utilisation d'une infrastructure onéreuse et d'appareillages médicaux lourds ne peut pas être limitée aux heures de bureau normales.

En cas de problème médical, le citoyen belge s'attend à une assistance immédiate et à l'utilisation de tous les moyens disponibles.

Les hôpitaux généraux constituent un refuge pour toutes sortes de problèmes médicaux et non médicaux en dehors des heures de travail "normales".

Lors de la discussion sur les services de garde, les non-médecins pensent presque exclusivement à la garde des urgences. La raison d'être d'une bonne permanence est de permettre à la victime d'un traumatisme ou à une personne présentant une maladie "aiguë" d'être aidée immédiatement par des médecins correctement formés dans un service d'urgences. Néanmoins, il nous semble évident que les soins dispensés aux patients admis dans l'hôpital proprement dit et plus particulièrement dans le service des Soins intensifs ne doivent certainement pas céder le pas aux soins dispensés aux éventuels patients extérieurs à l'hôpital.

Qui est médecin de garde aux Soins intensifs? La loi exige un intensiviste ou un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, en médecine interne (ou dans une sous-spécialité), en chirurgie (ou dans une sous-spécialité) agréé attaché à l'hôpital et ayant une expérience en médecine de soins intensifs. Il peut éventuellement être fait appel à un médecin spécialiste en formation à partir de la troisième année de formation pourvu que l'encadrement soit suffisant.

La tâche du médecin de garde aux soins intensifs n'est pas limitée. Outre la responsabilité des patients admis aux soins intensifs, il peut également être fait appel à lui pour des problèmes médicaux partout dans l'hôpital. Il doit également être en mesure d'assurer la permanence des urgences en cas d'absence de la garde des urgences (sortie avec le SMUR).

De moins en moins de collègues spécialistes disposent de la formation adéquate pour pouvoir assurer une permanence hospitalière aussi étendue. Au sein de l'hôpital, on observe un déséquilibre entre des gardes sur place plus nombreuses ou plus lourdes et le nombre en diminution de médecins capables de remplir les tâches.

Le budget limité, la tendance à la supraspécialisation, la féminisation de la profession, l'augmentation de l'âge moyen du corps médical et une société accordant de plus en plus d'importance aux loisirs ne feront que renforcer ce déséquilibre.

Chaque hôpital général belge ayant un service de soins intensifs agréé essaie d'assurer la permanence médicale conformément aux obligations légales imposées. Les médecins spécialistes en anesthésie, en médecine interne ou en chirurgie sont dès lors sollicités davantage. En effet, le service de nuit ou de week-end s'ajoute à l'activité médicale normale de la discipline de base. Rares sont les médecins spécialistes qui peuvent se permettre de subordonner leur propre pratique spécialisée et les honoraires s'y rapportant au service de garde médicale pour l'hôpital.

L'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs est soucieuse de la qualité du service de garde aux Soins intensifs, d'une part, et souhaite d'autre part avoir la garantie que les médecins hospitaliers restent suffisamment motivés pour les tâches qui leur sont imposées.

L'organisation des services de garde aux Soins intensifs est généralement le résultat d'accords de collaboration entre différentes spécialités de base présentes dans l'hôpital. Ces accords qui sont souvent trouvés péniblement reposent sur une disponibilité des médecins qualifiés, sur une charge de travail acceptable et une rémunération financière plus ou moins attrayante.

La demande du gestionnaire de l'hôpital de remplir des critères légaux minimums (constamment modifiés) risque de prendre le pas sur les éléments "qualité", "charge de travail" et "rémunération financière".

La position de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs se définit comme suit :

Le service de garde médicale aux Soins intensifs doit être assuré par des médecins spécialistes ayant bénéficié d'une formation en soins intensifs dans le cadre de leur formation de base.

Pour rendre acceptable la charge physique et familiale et ne pas compromettre l'exercice de la spécialité de base, le nombre de garde ne peut pas être supérieur à 1 par semaine.

Cela signifie que dans le cadre de la formation de base des chirurgiens, des internistes et des anesthésistes, il convient de prévoir un stage aux Soins intensifs d'au moins 6 mois.

Les médecins de garde doivent être familiarisés avec l'organisation de l'hôpital et avec le règlement de garde des différentes spécialités de base (gardes à domicile). Par conséquent, seuls les médecins attachés à l'hôpital entrent en ligne de compte pour les gardes aux Soins intensifs.

L'octroi d'un congé compensatoire après un service de nuit dépend de la lourdeur de la garde, des possibilités de la spécialité de base et de la rémunération financière. Pour un médecin spécialiste agréé, une journée de récupération après un service de nuit peut constituer une possibilité mais pas une obligation.

Les honoraires de permanence perçus via le médecin-chef doivent être intégralement mis à la disposition des médecins de garde. L'arrêté royal du 4 décembre 2000 (publié au Moniteur du 16 janvier 2001) parle clairement d'honoraires forfaitaires pour la permanence médicale présente intra-muros dans l'hôpital. Ces honoraires doivent servir à la rémunération des différents médecins assurant les permanences conformément aux obligations légales en vigueur...

C'est en effet grâce aux médecins assurant la garde sur place que l'hôpital peut disposer d'un service agréé de Soins intensifs et/ou d'un service agréé de Soins urgents spécialisés. Un service agréé de Soins intensifs et/ou de Soins urgents spécialisés donne à son tour lieu à un prix de journée plus élevé pour tout l'hôpital.

La présence permanente du médecin spécialiste engendre dès lors un surcroît de recettes pour le gestionnaire de l'hôpital. Comme les bénéficiaires du service de garde profitent à l'hôpital, les coûts éventuels doivent également être à la charge de l'hôpital et sont inscrits, au niveau de la comptabilité, dans la rubrique centre de frais auxiliaires.

Il est dès lors logique que les honoraires de garde reviennent intégralement aux médecins de garde, sans retenue de frais comme les repas, le logement, l'investissement en appareillage.

Les honoraires de permanence forfaitaires sont prévus par admission d'un patient dans un service aigu de chirurgie, de médecine interne, de pédiatrie, d'obstétrique,...

Première prise en charge urgences	A15	508 FB
Fonction agréée soins urgents spécialisés	A28	948 FB
Fonction agréée soins intensifs	A28	948 FB
Fonction agréée soins urgents spécialisés + fonction agréée soins intensifs	A40	1355 FB

Il est regrettable que la combinaison de 2 permanences médicales, les urgences et les soins intensifs, soit moins bien rémunérée que le service de garde pour 1 fonction agréée seule. De nombreuses discussions au sein de l'hôpital pourraient être évitées en attribuant un A28 par admission tant pour les soins urgents spécialisés que pour les soins intensifs, et ce que les deux fonctions surviennent ou non simultanément.

Malheureusement, pour un certain nombre d'hôpitaux de taille plus réduite, le nombre d'admissions en service aigu ne sera pas suffisant pour assurer une rémunération acceptable aux médecins de garde rendus obligatoires par la loi.

Un avis datant de 1985 du Conseil national de l'Ordre des Médecins dit que le financement du service de garde médicale dans un établissement hospitalier doit être assuré par les médecins... Le montant de la contribution financière de ceux qui ne participent pas personnellement au service de garde est fixé par le conseil médical...

Bien que l'Ordre des médecins compte sur une solidarité entre les médecins pour arriver à une rémunération suffisante de la garde, nous souhaitons avant tout un financement correct du service de garde pour CHAQUE hôpital par l'INAMI. L'Ordre trouve que le Conseil médical définit ce qu'est une rémunération correcte du médecin de garde. Cette rémunération correcte dépend d'un certain nombre de facteurs tels que : charge de travail, prise ou non d'un congé compensatoire, formation du médecin de garde, possibilité de générer des honoraires propres, etc.

Sans vouloir interférer dans les particularités de chaque hôpital, il convient de veiller à une rémunération minimale du médecin spécialiste de 1000 FB/heure pour un jour de semaine et de 1.500 FB/heure prestée durant le week-end. Le fait que l'on rencontre actuellement des problèmes pour attirer des médecins ayant un brevet pour la garde des urgences ne peut pas constituer une raison pour rémunérer moins le spécialiste hospitalier assurant la garde aux Soins intensifs qu'un médecin généraliste au service des urgences.

Nous devons avoir conscience que l'importance de la permanence médicale va augmenter et qu'elle sera en outre de plus en plus étendue. La qualité et l'efficacité du service de garde médical sera de plus en plus le reflet de la qualité et de l'efficacité de l'hôpital dans son ensemble. Une grande partie des médecins hospitaliers devra constamment s'efforcer d'assurer cette permanence médicale en atteignant un niveau élevé de qualité. Il est capital que le Conseil médical veille à ce que le groupe de médecins hospitaliers devant assurer les services de garde reste suffisamment important, qu'une rémunération financière acceptable soit toujours garantie et que l'infrastructure nécessaire soit disponible. Le futur anesthésiste, chirurgien ou interne doit bénéficier d'une formation et d'un suivi suffisants durant ses études pour pouvoir exercer sa part des gardes hospitalières dans les prochaines années.

Malheureusement, nous sommes encore loin d'un règlement des gardes correct et adéquat pour chaque hôpital ayant un service agréé de soins intensifs. Le service de garde médicale sur place est trop important tant pour le patient que pour le médecin pour laisser à d'autres, externes à l'hôpital, le soin de régler en la matière.

Le Comité directeur de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs

PROGRAMMES DE SOINS CARDIAQUES A ET NORMES MODIFIEES DES FUSIONS D'HOPITAUX

Lettre à Madame Magda AELVOET, Ministre de la Santé publique (21.1.2002)

Madame la Ministre,

Concerne : programmes de soins cardiaques A et normes modifiées des fusions d'hôpitaux (A.R. du 7.11.2000 – M.B. du 8.2.2001)

En vertu de l'arrêté modifié relatif aux normes d'agrément des fusions d'hôpitaux, les soins cardiaques de base ne pourront plus être assurés sur plusieurs sites dans le cadre d'une fusion d'hôpitaux.

Nous pensons que cela aura inévitablement des conséquences fâcheuses pour les patients pour lesquels le maintien de soins de proximité de qualité supérieure est nécessaire. Cela apparaît d'ailleurs clairement de la définition du groupe cible du programme de soins.

En outre, nous constatons que cette mesure a des effets défusionnants très concrets dans différents sites, c'est-à-dire l'effet contraire de celui qui était escompté.

Nous vous demandons dès lors avec insistance de prévoir une exception à la règle conformément à l'art. 3, 6°, de l'A.R. du 31 mai 1989 pour les programmes de soins A, comme c'est d'ailleurs prévu pour les services d'imagerie médicale.

Dans l'espoir que vous réserverez une suite favorable à la présente demande, nous vous prions de croire, Madame la Ministre, en l'expression de notre considération distinguée.

Dr M. MOENS
Secrétaire général

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président

NOUVEL ARRETE SUR LE B6

10 NOVEMBRE 2001. - Arrêté royal portant exécution de l'article 94, alinéa 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 (M.B. du 13.12.2001)

[...]

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il convient d'entendre par :

1° la loi sur les hôpitaux : la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

2° les accords sectoriels : les accords sectoriels entre les employeurs, les organes représentatifs des travailleurs hospitaliers et le gouvernement, conclus dans le cadre des textes de base des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1^{er} mars 2000 et 22 juin 2000;

Art. 2. § 1^{er}. Les coûts découlant des avantages complémentaires visés par les accords sectoriels des 4 juillet et 22 novembre 1991 qui sont accordés au personnel dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires, et qui résultent des prestations médicales, visées à l'article 95, 2°, de la loi sur les hôpitaux, sont, à l'exclusion des activités relatives aux patients non hospitalisés, couverts par le budget des moyens financiers des hôpitaux, à condition que soient remplies les conditions visées aux §§ 1^{er} et 2, et que soient observées les règles qui y sont énoncées.

§ 2. Les coûts visés au § 1^{er} sont couverts, pour moitié, par le budget des moyens financiers des hôpitaux à condition que :

1° les avantages visés au § 1^{er} soient intégralement octroyés à l'ensemble du personnel hospitalier. A défaut de signature ou d'adhésion aux accords sectoriels, le gestionnaire de l'hôpital doit communiquer au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement une attestation contresignée par le Conseil d'entreprise ou, le cas échéant, par la délégation syndicale en ce qui concerne le secteur privé ou par le Comité supérieur de concertation ou le Comité de concertation compétent ou par le Comité de concertation de base quant au secteur public, certifiant que cette condition est ou sera remplie;

2° le gestionnaire de l'hôpital communique au Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, toutes les données relatives à l'emploi et aux frais de personnel dans les services médicaux et médico-techniques;

3° tous les honoraires relatifs aux services médico-techniques et à tous les programmes de soins désignés par Nous, tant en ce qui concerne les patients hospitalisés que les patients non hospitalisés et à l'exception des honoraires des médecins visés à l'article 143, § 2, de la loi sur les hôpitaux, soient perçus de façon centrale, soit par le gestionnaire, soit par le conseil médical;

4° le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement soit informé du montant des honoraires médicaux perçus de façon centrale, y compris les suppléments y afférent, pour l'ensemble des services médico-techniques et des programmes de soins désignés par Nous, et, le cas échéant, pour l'ensemble des services de consultation, chaque fois ventilés selon qu'ils concernent des patients hospitalisés ou non hospitalisés;

5° le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement soit mis en possession, d'une part, d'un relevé anonyme de la manière dont le chapitre II du titre IV de la loi sur les hôpitaux est exécuté et, d'autre part, d'une note indiquant l'affectation des honoraires médicaux pour l'ensemble des services médico-techniques et les programmes de soins désignés par Nous;

L'affectation visée à l'alinéa précédent doit être ventilée dans les rubriques mentionnées ci-après :

- a) frais de personnel,
- b) rémunération des médecins,
- c) achat de biens et de services,
- d) amortissements,
- e) répartition des frais communs,
- f) charges financières,
- g) solde;

6° le Conseil médical soit informé de l'exécution de chacun des points précités.

§ 3. Les coûts visés au § 1^{er} sont intégralement couverts par le budget des moyens financiers des hôpitaux lorsqu'il est satisfait aux conditions supplémentaires suivantes :

1° dans l'hôpital, dans le groupement ou dans l'association agréé(e), visés à l'article 69, 3°, de la loi sur les hôpitaux et qui exploite le service médico-technique ou le programme de soins, 70 % des médecins hospitaliers, relevant des disciplines médicales mentionnées ci-après travaillent exclusivement à l'hôpital concerné, dans le groupement concerné ou dans l'association concernée pendant au moins huit demi-journées par semaine :

- a) chirurgie,
- b) médecine interne,
- c) biologie,

- d) radiologie,
- e) anesthésiologie,

2° il existe un accord écrit conclu et effectivement exécuté entre le gestionnaire de l'hôpital et le Conseil médical sur la perception centrale par l'hôpital de tous les honoraires médicaux, à l'exception des honoraires des médecins visés à l'article 143, § 2, de la loi sur les hôpitaux.

Art. 3. § 1^{er}. Les coûts visés à l'article 2, relatifs aux activités concernant les patients non hospitalisés sont couverts, pour moitié, par le budget des moyens financiers de l'hôpital, lorsque, outre les conditions visées à l'article 2, § 2, les conditions supplémentaires suivantes sont remplies :

1° dans l'ensemble des services de consultations, des services médico-techniques ou des programmes de soins de l'hôpital concerné, du groupement ou de l'association agréé(e), visé(e) à l'article 69, 3°, de la loi sur les hôpitaux, 70 % des médecins hospitaliers travaillent dans l'hôpital, dans le groupement ou dans l'association concerné(e), pendant au moins huit demi-journées par semaine;

2° le Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement est mis en possession d'une note indiquant l'affectation des honoraires médicaux pour l'ensemble des services de consultations.

L'affectation visée à l'alinéa précédent doit être ventilée selon les rubriques suivantes :

- a) frais de personnel,
- b) rémunération des médecins,
- c) achats de biens et de services,
- d) amortissements,
- e) répartition des frais communs,
- f) charges financières,
- g) solde;

3° tous les honoraires médicaux des services de consultations, tant en ce qui concerne les patients hospitalisés que les patients non hospitalisés, dont le personnel est payé par l'hôpital, sont perçus de façon centrale, soit par le gestionnaire, soit par le conseil médical, à l'exception des honoraires des médecins visés à l'article 143, § 2, de la loi sur les hôpitaux;

§ 2. Les coûts visés au § 1^{er} sont intégralement couverts par le budget des moyens financiers des hôpitaux lorsqu'il est satisfait aux conditions supplémentaires suivantes :

1° tous les honoraires des médecins sont perçus de façon centrale par l'hôpital;

2° pour au moins 70 % des médecins hospitaliers, qui travaillent exclusivement et à temps plein dans l'hôpital concerné, l'article 140, § 3, de la loi sur les hôpitaux ne peut être appliqué.

Art. 4. Les coûts résultants des avantages complémentaires, prévus dans les accords sectoriels des 1^{er} mars et 22 juin 2000, qui sont octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, directement à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'article 95, 2°, de la loi sur les hôpitaux, sont intégralement couverts par le budget des moyens financiers des hôpitaux.

Art. 5. Le Ministre qui a la fixation du prix de journée dans ses attributions peut fixer les modalités selon lesquelles il doit être satisfait aux dispositions du présent arrêté.

Art. 6. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2001.

Art. 7. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 10 novembre 2001.

**REGLES INTERPRETATIVES
DE LA NOMENCLATURE DES PRESTATIONS DE SANTE – INAMI**
(M.B. du 1.1.2002)

Sur proposition du Conseil technique dentaire des 11 janvier 2001, 8 mars 2001 et 10 mai 2001 et en application de l'article 22, 4^obis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 3 septembre 2001 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de les articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé :

REGLES INTERPRETATIVES

CONSULTATIONS

QUESTION 1

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour la prestation 301011 * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire N 5, lorsque celle-ci figure conjointement avec un traitement sur une attestation de soins donnés?

REPONSE

En vertu des dispositions de l'article 6, § 1^{er}, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations effectuées entre les dates de début et de fin de traitement portées sur l'attestation de soins donnés.

Si le bénéficiaire est amené à consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'est pas en rapport avec le traitement en cours et en dehors du programme de traitement établi, la consultation peut figurer sur la même attestation de soins donnés et l'intervention de l'assurance est accordée.

Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison en relation avec le traitement, l'intervention pour cette consultation ne peut pas être accordée.

EXTRACTIONS CHIRURGICALES

QUESTION 1

Un O.R.L. effectue régulièrement des extractions dentaires chez des patients qui lui sont envoyés par des dentistes.

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour ces extractions ?

REPONSE

Les extractions dentaires reprises sous les numéros 303170-303181 et 303214-303225 effectuées sous anesthésie locale ou générale par un médecin spécialiste ne peuvent pas faire l'objet d'une intervention de l'assurance sauf si ce médecin est porteur d'un diplôme de licencié en science dentaire ou du diplôme de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, délivré sous le régime des lois antérieures à celles du 21 mai 1929.

QUESTION 2

Comment peut-on attester l'extraction d'une racine dentaire ?

REPONSE

L'extraction d'une racine dentaire est assimilée à une extraction dentaire simple, et dans ces conditions, elle n'est pas attestable; ou elle peut consister en une extraction avec résection osseuse, et est dès lors attestable si les critères définissant l'extraction chirurgicale sont respectés. En aucun cas, elle ne peut être assimilée à une extraction de dent incluse (317236 - 317240).

SOINS CONSERVATEURS

QUESTION 1

A quoi correspondent les prestations « traitement et obturation d'un canal ou des canaux » d'une même dent ?

REPONSE

Les prestations « traitement et obturation d'un canal ou de plusieurs canaux d'une même dent » se limitent à la préparation et l'obturation d'un canal ou des canaux d'une même dent et à une radiographie de contrôle démontrant que la prestation a été effectuée conformément aux exigences.

PROTHESES DENTAIRES

QUESTION 1

Quelle prestation peut-on attester lorsqu'on replace ou remplace une dent ?

REPONSE

Lorsqu'une dent détachée est remplacée sur la prothèse ou lorsqu'une dent est remplacée sur la prothèse, la prestation « réparation de prothèse » peut être attestée. La prestation « réparation de prothèse » vise toute réparation de prothèse, indépendamment du fait qu'il s'agit de la réparation de la base, de la réparation ou remplacement d'un crochet, du remplacement d'une dent détachée, du renouvellement d'une dent cassée, etc.

La prestation « Adjonction d'une dent à une prothèse existante » concerne les cas où une dent supplémentaire est placée sur une prothèse dentaire existante.

QUESTION 2

Les conditions d'octroi d'une prothèse dentaire doivent-elles entrer en compte en cas d'adjonction de dent(s), de réparation de prothèse, de rebasage ? Le fait que la prothèse existante a été remboursée ou non intervient-il ?

REPONSE

L'intervention de l'assurance pour l'adjonction d'une dent (de dents), pour la réparation d'une prothèse ou pour son rebasage est conditionnée par toutes les exigences énoncées dans l'article 6, § 5, A I de la nomenclature des prestations de santé, pour les prothèses partielles de 1 à 11 dents, ou dans l'article 6, § 5, B, 3^e alinéa de la nomenclature précitée, pour les prothèses partielles de 12 et 13 dents ainsi que pour la prothèse totale.

Le fait que la prothèse qui a fait l'objet de l'adjonction d'une dent (de dents), d'une réparation ou d'un rebasage n'a pas donné lieu à une intervention de l'assurance, n'influence pas l'intervention de l'assurance pour les actes dont il est question ci-dessus.

QUESTION 3

De quelle manière les prestations « Adjonction de dents, réparation de prothèse et remplacement de la base » doivent-elles être indiquées sur l'attestation de soins donnés ?

REPONSE

Il y a lieu de mentionner sur l'attestation de soins donnés les codes de nomenclature des prestations effectuées, suivis du code nomenclature de la prothèse telle qu'elle existait avant ces prestations.

QUESTION 4

Un apport de résine sur la base d'une prothèse dentaire peut-il être attesté sous les n^{os} 308313 - 308324, 307156 - 307160 et 306950 - 306961 ? (Libellé des prestations - « Les honoraires pour le remplacement de la base sont équivalents à 30 pc. des honoraires prévus pour la prothèse »).

REPONSE

Non, l'apport de résine in situ sur la base d'une prothèse dentaire ne peut être attesté sous les n^{os} 308313- 308324, 307156 - 307160 et 306950 - 306961.

Cette prestation peut être attestée dans ce cas sous les n^{os} 308291 - 308302, 306994 - 307005 et 307171 - 307182 ("Réparation de prothèse : maximum par prothèse et par année civile - L 61,5")

QUESTION 5

Un assuré désire compléter une prothèse partielle existante. Sur quelle base le montant de l'intervention de l'assurance doit-il être calculé ?

REPONSE

Lorsqu'il s'agit d'adjonction de dent(s) sur une prothèse partielle de 1 à 11 dents, le bénéficiaire doit répondre aux conditions mentionnées à l'art. 6 § 5, A, I.

L'intervention de l'assurance s'élève à L 85 pour l'adjonction de la première dent et à L 24,5 pour l'adjonction de chaque dent supplémentaire.

L'intervention totale de l'assurance pour la prothèse et l'adjonction de dent(s) est toutefois limitée par mâchoire et par période de sept ans à compter de la date du placement de la prothèse initiale, à :

- L 526 si le bénéficiaire a au moins 50 ans et au plus 59 ans;
- L 600 si le bénéficiaire a au moins 60 ans;
- L 600 si le bénéficiaire répond aux conditions d'une dérogation à la limite d'âge.

La nomenclature ne prévoit pas d'intervention de l'assurance pour adjonction de dent(s) sur une prothèse partielle de 12 ou 13 dents.

TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

QUESTION 1

Lors d'un traitement orthodontique, l'on a parfois recours aux services d'un logopède dont les travaux sont supervisés par le licencié en science dentaire et ont lieu en plus de la séance mensuelle prévue sous le n° 305616 - 305620; le licencié prend personnellement certaines mensurations au début d'une séance de logopédie.

Peut-on assimiler ce travail à une consultation (301011) ?

REPONSE

Les forfaits mensuels payés pour le traitement orthodontique sous les n°s 305616-305620, 305653-305664, 305852-305863 et 305896-305900 couvrent tous les séances nécessaires au traitement orthodontique

La prestation n° 301011 ne peut être attestée dans le cas précité et ne peut donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance.

QUESTION 2

Un traitement orthodontique ne donnant pas lieu à une intervention par l'assurance peut-il être tarifé sous les n°s 301011 * Consultation au cabinet d'un licencié en science dentaire ou d'un dentiste capacitaire, 101054 * Consultation au cabinet du médecin porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) ou 102012 *Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste ?

REPONSE

Les prestations n°s 301011,101054 et 102012 ne peuvent pas être attestées pour une séance de traitement orthodontique, que ce traitement entre en ligne de compte ou non pour une intervention de l'assurance.

QUESTION 3

La prestation n° 305830 - 305841 * Avis ou examen orthodontique, avec rapport peut-elle faire l'objet d'une intervention de l'assurance lorsqu'un traitement orthodontique est effectué chez un enfant âgé de plus de 14 ans ?

REPONSE

La prestation n° 305830 - 305841 peut donner lieu à l'intervention de l'assurance après le 14^e anniversaire lorsque celle-ci est attestée dans le courant d'un traitement orthodontique pour lequel une autorisation d'intervention de l'assurance a été obtenue.

QUESTION 4

Que fait-il entendre par les termes « troubles congénitaux de la croissance objectivés... » mentionnés à l'article 6, § 8, de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

Les dérogations à la limite d'âge pour des cas exceptionnels de troubles congénitaux objectivés de la croissance, concernant les affections qui, au moment du diagnostic et donc avant le 14^e anniversaire, ne laissent d'aucune manière présager avec certitude qu'un traitement orthodontique sera nécessaire.

En cela, le trouble congénital généralisé de la croissance diffère donc des troubles congénitaux stomatologiques locaux du développement (par exemple, fente labiale et palatine), où un traitement orthodontique s'impose de facto et doit dès lors toujours être demandé avant la quatorzième année.

Ce sont donc l'aspect de trouble généralisé de la croissance et le caractère non prévisible de cette situation d'exception qui la distinguent des autres cas de demandes tardives de traitement orthodontique.

Le rapport circonstancié explicitant la motivation doit être établi par le médecin spécialiste qui traite le trouble de la croissance et non par le dentiste traitant, ni par le médecin de médecine générale, ni par le médecin stomatologue, dont aucun ne traite le patient pour des troubles de croissance généralisés.

Les règles interprétatives précitées sont d'application 10 jours après leur publication au Moniteur belge et remplacent les règles interprétatives reprises dans la rubrique 302 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER

BOEKBESPREKING

"Hersengestoorde kinderen

Deel II : Multifactoriële evaluatie en revalidatie"

J.A. Claeys, Revalidatiearts neuromotorische stoornissen

(ce texte n'existe qu'en néerlandais)

In "Hersengestoorde Kinderen : Deel I : Vroegdiagnose en Behandeling" (Garant 1993) behandelde Dr J.A. Claeys de vroegste ontwikkeling van foetus naar kleuter met de gekende risico's i.v.m. een beschadiging van het centraal zenuwstelsel, de technieken voor een vroege diagnose en de basis voor de eerste begeleiding. Een onmisbaar handboek en naslagwerk voor alle begeleiders van kinderen met een handicap van welke discipline ook.

Het nieuwe boek : "Evaluatie en Revalidatie van Hersengestoorde kinderen" (*Garant Uitgevers Leuven – Apeldoorn*) is de noodzakelijke aanvulling van het eerste boek. Het begint met de geschiedenis en uitgroei van de revalidatie als een rijpingsproces in het denken en handelen van wetenschappers en practici uit alle disciplines – zowel medische als psychologische – op zoek naar de beoordeling van een totaal mensbeeld. Hieruit groeit het begrip handicap en een classificeren van de verschillende soorten handicaps met als gevolg de noodzaak te individualiseren. We kunnen enkel spreken over mensen met een welbepaalde handicap en niet over gehandicapten. Bij kinderen steunt de revalidatie op de grondige kennis van de groei van het centraal zenuwstelsel en van de neurofysiologie, van houding en beweging, behandeld in Deel I.

Na deze inleiding volgt een systematische beschrijving van het onderzoek van een "centraal motorisch gestoord kind" (C.M.G.) en het opsporen van de verschillende samenstellende factoren van de handicap : de multifactoriële benadering.

Door Observatie kunnen bepaalde organisatiestoornissen herkend of vermoed worden. De evaluatie van de Passieve Beweging verduidelijkt de kenmerken van spanningen, spierzwakte en spierverskortingen o.m. door te beschrijven hoe men verstijvingen meet. Het hoofdstuk Actieve Beweging legt het verband tussen dwanghoudingen, verstijvingen, spierzwakten en afwijkende bewegingspatronen. Het onderzoek van de Houdings-spanning steunt zowel op neurofysiologische basisinformatie als op praktisch onderzoek.

Al de reeds gevonden factoren spelen een zeer belangrijke rol in het analyseren van de afwijkende houding in stand. De orthopedische inzichten moeten bekeken worden door een neurofysiologische bril. Hieruit volgt de beoordeling van de gang. Belichtte het eerste boek ademhaling, communicatie en waarneming bij het C.M.G. kind, dan gaat in dit deel de auteur bijzonder in op de handvaardigheid van de spatialisatie : basis voor de ergotherapeuten en leerkrachten. Tenslotte volgt een bespreking van de "Totale Revalidatie" van het kind met een handicap tot zijn optimale integratie via het gewoon of het bijzonder onderwijs, eventueel gesteund door geïntegreerde begeleiding. Schoolkeuze is voor het kind met een handicap niet de uitsluitende bevoegdheid van C.L.B.'s, psychologen en scholen ; ook de revalidatiearts heeft hier een belangrijke inbreng.

Het boek sluit met een overzicht van dossiers. De auteur wil hierdoor de zeer uiteenlopende evolutie, de steeds wisselende revalidatiediagnosen tijdens het groeiproces verduidelijken. Het zet ons aan om eerlijk te bekennen dat het voorspiegelen van successen, mits volgen van een bepaalde methode, de ouders een verkeerd beeld geeft over de handicap. De mogelijkheden van revalidatie blijven beperkt en gebonden aan de aanwezige factoren. Men bewijst ouders en kinderen een slechte dienst door de gevolgen van de handicap te willen verdoezelen. Iedereen moet leren leven met de mogelijkheden die hij meegekregen heeft en moet die optimaal leren gebruiken.

Dit boek hoort thuis in elk *revalidatiecentrum*, in elk *C.L.B.*, in elk *dagcentrum* of *tehuis voor kinderen met een handicap*. *Bibliotheken van revalidatieartsen*, van *scholen* en van *opleidingscentra voor leerkrachten, paramedici of medische beroepen* en *C.L.B.'s* kunnen best dit werk aan hun lezers aanbevelen. Een dergelijk wetenschappelijk werk heeft – gezien ons klein taalgebied – alleen maar kansen mits de steun en de aanbevelingen vanuit *ministeries, administraties* en alle *verenigingen, die iets te maken hebben met kinderen met een handicap*.

Dr T.R. Put (Neurochirurg, Revalidatiearts)

**PRIX DU 160^e ANNIVERSAIRE
DE L'ACADEMIE ROYALE DE MEDECINE DE BELGIQUE**

Le prix du 160^e anniversaire de l'Académie royale de médecine de Belgique a été remis au lauréat, le Dr B. Van den Eynde du Ludwig Institute for Cancer Research (Brussels Branch), pour ses travaux dans le domaine de l'immunothérapie du cancer dans le cadre d'une séance solennelle tenue le 14 décembre 2001 au Palais des Académies à Bruxelles. (Le prix est d'une valeur de deux millions de francs.)

REUNIONS SCIENTIFIQUES

***European Course on Laparoscopic Surgery – 2002
Live demonstrations
April 23-26, 2002 & November 19-22, 2002***

Organisation : Pr G.B. Cadière, Dr J. Bruyns, Dr J. Himpens, Dpt of Digestive Surgery, University Hospital Saint-Pierre, Brussels : E-mail : coelio@resulb.ulb.ac.be

Website : <http://www.lap-surgery.com> or www.straeb-asmb.com

Information : Straeb-Asmb, Av. Mozart, 53 – B-1190 Brussels

Tel. : +32.2.648.07.60, Fax : +32.2.647.86.94

E-mail : straeb.asmb@proximedia.be or asmb@belgacom.net

***BREAST CANCER
Current Evidence and Translational Research Opportunities for Improving Patient Outcomes
3rd International BCIRG Conference
June 20 to 22, 2002 – Los Angeles (California)***

Part One will provide a review of existing evidence on new approaches and agents. Each session will conclude with a panel discussion.

Part Two will focus on translational research opportunities. New biologically oriented models of development and issues in translational research will be discussed. Each major biological target will be discussed with a review of the biology and the translational clinical work to date.

For more information :

BCIRG Conference Secretariat, Buksa Conference Management and Program Development, Edmonton, Canada – Telephone : 00.1.780.436.0983 Ext. 221 – Fax : 00.1.780.437.5984 – e-mail : bcirg@buksa.com – website : www.buksa.com/bcirgconference

***International Conference
BETWEEN TECHNOLOGY AND HUMANITY
The Impact of New Technologies on Health Care Ethics
October 18-19, 2002 – Brussels***

Program :

Friday, October 18, 2002

Session I : Technology and Care – Session II : Prenatal Diagnosis – Session III : Genetic Tests – Session IV : Digital Imaging in Psychiatry

Saturday, October 19, 2002

Session V : Tube Feeding in Elderly Care – Session VI : Palliative Sedation – Session VII : Conclusion

Conference Secretary Address + Information :

International Conference, Caritas Vlaanderen, Guimardstraat 1, 1040 Brussels – Tel. : 02/507.01.11, Fax : 02/512.01.18, E-mail : post@caritas.be

ANNONCES

- 01092 **FRANCE : A LOUER** : (Provence – Parc Luberon) pour 4 pers. max. (vacances de Pâques jusqu'au 14 mai) pavillon charme pl. pied dans propr. priv. jard. 1 ha clos, vue panor. séj. + cuis amér éq-2ch+sdd-grdes terr+barb+pisc. priv. (envir. except. à découvrir) phot. s/dem-chien non admis (tel/fax 071/592.592 ou 0498 23.04.23)
- 02001 **BRUXELLES : Reprise d'un cabinet médical O.R.L.** Médecin désirant cesser toute activité médicale au 31.12.2001, souhaite louer son cabinet médical, complètement équipé, et céder sa patientèle au 1.1.2002. Le cabinet médical est situé au rez-de-chaussée d'un immeuble neuf, au 138 av. Prudent Bols, à 1020 Bruxelles. Pour toutes conditions, le médecin intéressé peut prendre contact avec le Dr G. Caers, au 02/428.55.85.
- 02002 **BRUXELLES** : Ouverture d'une place de chirurgien digestif et de chef de clinique en **CHIRURGIE DIGESTIVE**. Concerne les sites Ste-Elisabeth – Deux Alice et St. Michel. Pour de plus amples informations, contacter le Dr M. VAN CAMPENHOUDT, Administrateur délégué, Directeur médical au 02/373.16.90 (St-Elisabeth), 02/737.80.00 (St-Michel) et 02/373.45.11 (2 Alice).
- 02003 **FRANCE : RHUMATO**, français, secteur II, cause retraite, propose la vente du fichier clientèle tenu 30 ans avec matériel radiologie, électromyographe, importante documentation médicale (revues et livres) et informatique (deux postes en réseau), à confrère rhumatologue belge francophone. Tél. : 00.33.2.33.53.38.36, fax : 00.33.2.33.53.71.69, e-mail : loic.veron@wanadoo.fr
- 02005 **LA LOUVIERE**: SSM engage (**NEURO**)**PSYCHIATRE**, statut appointé, 15 H 12' par sem., pour contrat de remplacement à durée déterminée du 01/04/02 au 30/06/02. Contact: 064/22 25 71.
- 02006 **FRANCE** : Région Lyonnaise, groupe de 3 **RADIOLOGUES** sect. II cherche associé pour succession. Cabinet 400 m² activité polyvalente + séno dg et interventionnelle (table dédiée). Accès scanner et IRM. Revenus motivants. Appeler le Dr TOURASSE au 00.33.4.78.44.66.80 ou au 00.33.4.72.38.06.78 (soir).

Table des matières

• Communication obligatoire des données financières et statistiques par le gestionnaire de l'hôpital au Conseil médical	1
• Article 128bis de la loi sur les hôpitaux.....	2
• Les futures règles concernant les tarifs d'application dans les hôpitaux.....	4
• Obligations comptables du conseil médical en matière de perception centrale	8
• Prochaine révision de la planification de l'offre médicale.....	8
• Médecin de garde aux soins intensifs. Qui, quoi, comment?	10
• Programmes de soins cardiaques A et normes modifiées des fusions d'hôpitaux	12
• Nouvel arrêté sur le B6	12
• Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.....	15
• Boekbespreking : "Hersengestoorde kinderen – Deel II : Multifactoriële evaluatie en revalidatie"	18
• Prix du 160e anniversaire de l'Académie royale de médecine de Belgique	19
• Réunions scientifiques	19
• Annonces.....	20