
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° SPECIAL / JANVIER 2002
Bureau de dépôt : Bruxelles 5

A TOUS LES DERMATOLOGUES

Bruxelles, le 21 janvier 2002

Chers Confrères,

Au nom du comité directeur du GBS, nous souhaitons à tous nos membres dermatologues une bonne et heureuse année. Dans la mesure où le comité directeur de l'association professionnelle n'a pas non plus remis de démission valable au Groupement en 2001, vous restez encore membres en 2002.

Concernant la situation actuelle, nous jugeons utile de vous fournir des éclaircissements concernant les lettres des 15 et 20 décembre 2001 envoyées par votre association professionnelle.

1. Dans la lettre du 15.12, nous lisons, concernant la convention : "Et encore il semble difficile de justifier cette déconvention, puisque rien ne change après un an pour les dermatologues".

La dénonciation individuelle de la convention est une décision individuelle prise librement, qui ne demande pas la moindre "justification". En outre, il ne s'agit pas de ce qui s'est passé en 2001 mais de ce qui arrivera ou est susceptible d'arriver en 2002. Quelles étaient les perspectives en décembre dernier :

- aucune indexation au 1.1.2002. En effet, le gouvernement avait décidé unilatéralement de reporter au 1^{er} juillet 2002 l'indexation normale à laquelle les dispensateurs de soins indépendants ont droit. Suite aux actions syndicales, le ministre Vandembroucke a annoncé qu'il indexerait malgré tout les consultations en procédant à des économies dans le domaine des "prestations techniques".
- les tarifs dits de la convention restent "flottants", c'est-à-dire sujets à des mécanismes de récupération unilatéraux en cas de dépassement des objectifs budgétaires globaux ou partiels pour 2002. Il n'y a aucune raison de penser que des sections définies de la nomenclature seront épargnées par ce type de mesures. Il est donc logique de vouloir conserver sa liberté en matière d'honoraires.

2. La prestation 220113/124 est un code de la nomenclature des prestations de chirurgie générale. La mission d'une association professionnelle est de fournir des moyens de défense à ses membres en cas de litiges. Dans le cas présent, juridiques. Une mutuelle a déclaré, selon nous à tort, que la "cure" implique que la règle des champs opératoires n'est pas applicable. A cette époque, les règles interprétatives étaient examinées par un groupe de travail du Conseil technique médical. Contrairement à cette position de la mutuelle, l'ancienne règle interprétative concernant le terme "cure" ("volledige behandeling" en néerlandais) a finalement été conservée par le CTM dans sa version actualisée des règles interprétatives qui ont été adoptées par le Comité de l'Assurance et doivent juste encore être publiées au Moniteur. Il s'agit en fait de la règle interprétative 3 de l'art. 11 :

"...Le terme "par cure" doit s'entendre dans le sens que l'on ne rembourse qu'une fois l'ablation ou la destruction d'une même lésion. Si l'on traite au cours d'une même séance plusieurs lésions groupées dans un même champ, la prestation 353231/242 ne peut être attestée qu'une seule fois par champ."

Ce qui vaut pour la notion de "cure" sous le n° de code 353231/242 vaut tout autant pour les différentes autres prestations pour lesquelles le terme "cure" (FR) ou "volledige behandeling" (NL) est utilisé.

En outre, il n'est indiqué ni dans le libellé de la prestation 220113/124, ni dans les règles interprétatives que la prestation est exclusivement applicable au champ ano-génital. Il n'est pas non plus indiqué qu'il s'agit de condylomes et cela devrait donc aussi pouvoir être attesté pour d'autres lésions comme le mollusca contagiosa, les verrues, les cutaneous tags, etc. En outre, les condylomes ne relèvent pas exclusivement du champ ano-génital.

3. L'oncologie. Les nouveaux projets partent du consensus atteint au niveau du Conseil supérieur, selon lequel le porteur du titre n'obtient pas le monopole de la chimiothérapie et que le coordinateur de la consultation oncologique pluridisciplinaire ne doit justement pas nécessairement être un oncologue porteur du titre, mais peut tout aussi bien être un médecin traitant, spécialiste d'organe, concerné par les soins oncologiques. Egalement en ce qui concerne les programmes de soins oncologiques, nous avons insisté auprès des autorités pour que les spécialistes d'organe respectifs soient associés au staff médical du programme de soins.

4. L'A.R. sur la podologie a été transmis à tous les membres dermatologues par le biais du n° 9/2001 du "Médecin Spécialiste".

5. Commission de la protection de la vie privée et conservation et déclaration de fichiers. La réglementation de base date de 1995. Seule la déclaration de l'existence d'un fichier (électronique) automatisé est obligatoire. Le devoir de déclaration ne vaut pas pour les fichiers strictement manuels. La déclaration comprend l'identification du titulaire du fichier, la nature et la finalité du traitement des données, l'identification des personnes intervenant éventuellement dans le traitement, etc. Pour de plus amples informations, vous pouvez toujours vous adresser à notre secrétariat. L'Ordre a élaboré un formulaire type pour la déclaration. Une redevance est également prévue : le règlement le moins cher est celui de la déclaration électronique.

En marge du devoir de déclaration, la loi sur le respect de la vie privée est naturellement applicable à tous les fichiers, dans ce sens que les obligations de principe sont également d'application pour les fichiers manuels (dossiers sous forme papier), comme par exemple le devoir d'information (communication aux patients que les données concernant sa santé sont inscrites dans un dossier, ce qui est généralement annoncé par le biais d'une affichette apposée dans la salle d'attente, avec un renvoi à la législation).

Cette matière importante fera éventuellement l'objet de modifications de principe dans le cadre de l'actuel projet de loi sur les droits du patient. Il suffit de penser au droit de rectification et de suppression : en vertu de la loi sur le respect de la vie privée, la personne dont les données ont été incorporées dans un fichier, peut demander leur rectification ou leur

suppression (l'application de ceci dans le domaine médical pourrait par exemple avoir pour effet que le médecin perd les moyens de preuve d'un "consentement éclairé"). Pour y remédier, il faudrait établir une distinction entre les notes personnelles du médecin, d'une part, et le dossier du patient proprement dit, d'autre part. Mais cela aussi suscite des controverses. Il faut ainsi déplorer que le cabinet de la Santé publique défend le principe de l'accès direct au dossier.

6. La lettre du 20 décembre dernier commence par un commentaire concernant le numéro de code 103014 : "consultation du médecin spécialiste appelé par un médecin généraliste au domicile du malade". Suite à des pressions répétées exercées par le GBS, une modification de la nomenclature a finalement été adoptée l'été dernier par le Comité de l'assurance, dans ce sens que l'exigence de simultanété (présence des deux médecins) a été supprimée. Cette mesure limitant les hospitalisations doit cependant encore être publiée au Moniteur et n'est donc pas encore en vigueur. Dans la nouvelle réglementation, le médecin généraliste demandeur stipulera lui-même dans la demande écrite si la présence simultanée est nécessaire ou non (concertation intercollégiale). Au niveau de l'actualisation des règles interprétatives également (note C.S.S. n° 2001/304 du 7.11.2001), l'ancienne règle sur la présence simultanée n'a pas été conservée. Cette mesure également n'a pas encore été publiée au Moniteur et n'est donc pas encore en vigueur.

Toutefois, il est important de noter que la prestation 103014 reste une situation exceptionnelle (règle interprétative 11 de l'art. 2 "Consultations effectuées par un médecin spécialiste dans un home pour personnes âgées").

7. Les anciennes "pages roses" disparaîtront dans un proche avenir. Depuis la loi du 25.1.1999, le Collège des médecins directeurs n'a plus de compétence interprétative. Les règles interprétatives sont élaborées par le CTM, soumises pour approbation au Comité de l'Assurance et ensuite publiées au Moniteur, avec indication de la date d'entrée en vigueur. L'objet de cette mesure était d'offrir une plus grande sécurité juridique. C'est pourquoi le CTM s'est consacré, au cours de l'année dernière, à l'actualisation des anciennes règles interprétatives. Une fois que celles-ci auront été publiées au Moniteur, elles seront opposables aux médecins.

Une deuxième source juridique interprétative de la nomenclature est la jurisprudence de la Chambre restreinte et de la Commission d'appel, c'est-à-dire les tribunaux administratifs de l'INAMI, qui sont certes influencés dans une large mesure par le Service du Contrôle Médical qui engage les poursuites.

8. "Opportunité, réalité et conformité". D'une part, réalité et conformité sont en fait un seul et même concept dans ce sens qu'une prestation ne peut être portée en compte que si elle répond aux règles de l'AMI. La seule divergence réside dans l'application éventuelle de la "règle de différence", lorsqu'une prestation non conforme avec une valeur relative supérieure est quand même conforme au libellé et aux règles d'application d'une prestation avec une valeur moindre. Dans ce cas, le remboursement doit être calculé sur la différence entre les deux.

D'autre part, il existe une différence essentielle entre "opportunité" et "conformité". Cette dernière est exclusivement jugée par la Chambre restreinte ou par la Commission d'appel. La non-conformité conduit, en plus des éventuelles sanctions (amende, suspension), de toute façon à la restitution du préjudice de l'AMI sur une période de maximum 2 ans (délai de prescription), à moins qu'il soit prouvé que le médecin a agi de mauvaise foi en commettant l'infraction (délai de prescription de 5 ans).

En ce qui concerne l' "opportunité" (à notre avis, le terme est choisi trop à la légère : "les soins justifiés médicalement" serait plus approprié), elle est exclusivement du ressort des Commissions de contrôle, un autre type de juridictions administratives réprimant les infractions à l'article 73 de la Loi sur les soins de santé et indemnités (loi S.S.I.). Le délai de

prescription spécifique est immédiatement le plus élevé, à savoir 5 ans. C'est pourquoi nous insistons pour qu'on ne puisse pas agir trop à la légère avec les "guidelines" et les consensus dont l'objectif visant initialement plutôt à améliorer la qualité a malheureusement acquis dans ce contexte une signification très normative. L'art. 73, 4^e alinéa, de la loi S.S.I. stipule : *"Le caractère inutilement onéreux des examens et des traitements ainsi que le caractère superflu des prestations, doivent être évalués en rapport avec les examens, traitements et prestations qu'un dispensateur de soins prescrit, exécute ou fait exécuter dans des circonstances similaires"*.

Il n'existe cependant aucun cadre juridique spécifique pour l'opposabilité de ce type de "règles" de comportement, ni aucune date d'entrée en vigueur. Tout repose sur l'interprétation et une infraction constatée par la commission de contrôle a dès lors de toute façon des effets rétroactifs durant tout le délai de prescription. Sanctions : sans préjudice des poursuites pénales ou disciplinaires, remboursement total ou partiel des dépenses relatives aux prestations et interdiction du régime du tiers-payant.

Il est important de savoir, en ce qui concerne le contrôle de conformité et les examens instaurés dans le cadre de l'art. 73, que les médecins-inspecteurs recherchent généralement des constatations extrapolables. Durant les auditions, le médecin est interrogé dans le sens de systématismes de la pratique médicale, de typologies dans les traitements, etc. Pourtant, chaque patient doit être approché comme un cas individuel.

9. La plastie et/ou greffe (K180) est exclusivement facturée en tiers-payant et électroniquement à partir de l'hôpital (service de perception centrale).

Ceci termine les remarques que nous avons à formuler concernant les circulaires que vous avez reçues récemment. Il va sans dire que nous restons à votre entière disposition si vous souhaitez des renseignements complémentaires, des éclaircissements ou un avis.

Dans l'intervalle, nous vous prions d'agréer, Chers Confrères, l'expression de nos salutations distinguées.

Dr M. MOENS,
Secrétaire général

Prof. Dr J. GRUWEZ
Président