
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° 5 / JUILLET 2003

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**REGLES INTERPRETATIVES PUBLIEES AU MONITEUR BELGE DU 24.6.2003
ENTREE EN VIGUEUR LE 24.6.2003**

Les articles de la nomenclature concernés sont les suivants :

- article 3 : soins courants - prestations techniques médicales
- article 5 : soins dentaires
- article 14 d) : chirurgie abdominale
- article 14 g) : gynécologie-obstétrique
- article 14 i) : orl
- article 14 k) : orthopédie
- article 14 l) : stomatologie
- article 15) : règles d'application relatives aux prestations chirurgicales
- article 20 f) : neuropsychiatrie
- article 22 : physiothérapie
- article 25 : surveillance des bénéficiaires hospitalisés

Les règles interprétatives sont disponibles sur notre website www.gbs-vbs.org. Elles peuvent être obtenues sur simple demande à notre secrétariat (tél. 02/649.21.47 - fax 02/649.26.90 -e-mail: delphine@gbs-vbs.org).

**NOUVELLES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE
(Moniteur belge du 30/06/2003 - 2e édition)**

Entrée en vigueur le 1er août 2003

Article **11 § 2**

- les numéros de code « 432633-432644, 432530-432541, 432596-432600, 432692-432703, 432574-432585, 432552-432563 » sont insérés à la liste des numéros de code du libellé de la prestation 355014-355025.

A l'article **12 § 1^{er}**, il est inséré un littéra « c) » avec les dispositions suivantes :

« c)

202193 - 202204 - Anesthésie épidurale et sa surveillance pendant les différentes phases de l'accouchement effectué par une accoucheuse, prévu sous les numéros 422225, 422671 et 423673, y compris la période de dilatation et les éventuelles manœuvres obstétricales du postpartum citées aux prestations 202031-202042 et 202053-202064 K 105 »

FIRST ANNUAL MEETING OF THE INSEAD-EHLP THE PERSPECTIVE OF THE PROVIDER

Marc MOENS, M.D., Vice-president of the Belgian Association of Medical Trade Unions (ABSyM-BVAS)
Secretary general of the Association of Belgian Professional Societies of Medical Specialists (GBS-VBS)

Ce texte est la version française de l'exposé prononcé en anglais par le Dr Moens à l'occasion du symposium de l'INSEAD "The patients perspective : developments in the Belgian healthcare system" organisé le 23 mai 2003 dans les locaux de l'INAMI à Bruxelles.

LE POINT DE VUE DU DISPENSATEUR DE SOINS

1. Introduction

Pour comprendre le point de vue du dispensateur de soins, dans le cas présent du médecin, il me semble nécessaire de parcourir rapidement la préhistoire du système belge. Il est à noter que les principaux points de friction entre les médecins et les autorités n'ont pratiquement pas changé au cours des ± 60 ans de sécurité sociale et d'assurance maladie et invalidité.

2. La préhistoire des groupes d'intérêts

2.1. Création des mutuelles et des syndicats médicaux

La vague d'industrialisation qui a conduit, au 19^e siècle, à l'émergence du prolétariat ouvrier a été à l'origine de la création des ancêtres des organismes assureurs ou mutuelles existant aujourd'hui.

Les sociétés d'assistance mutuelle ont été reconnues par la loi du 03.04.1851 et la loi du 23.06.1894 a autorisé les sociétés mutualistes à s'associer au sein de fédérations. Cette loi est restée en vigueur jusqu'au 31.12.1990.

La loi du 19.03.1898 a introduit l'octroi de subsides publics aux mutuelles.

A la fin de la seconde guerre mondiale, le socialiste flamand Achiel VAN ACKER a instauré la société sociale pour les travailleurs avec notamment l'assurance maladie et invalidité obligatoire avec la loi du 18.12.1944. L'exécution pratique a été réglée par l'Arrêté du régent du 21.03.1945. Un Fonds national d'assurance maladie-invalidité, dirigé par un Comité national d'administration, a été institué.

Au sein de ce comité siégeaient 8 représentants des organisations syndicales des travailleurs salariés, 8 représentants des organisations d'employeurs, 5 représentants des unions nationales de mutuelles agréées et 3 commissaires du gouvernement désignés respectivement par les ministres du Travail et de la Prévoyance sociale, de la Santé publique et des Finances. Des médecins ou d'autres dispensateurs de soins étaient absents.

Le ministre du Travail et des Affaires sociales a établi un barème déterminant les tarifs, l'ancêtre de l'actuelle nomenclature des soins de santé. Le premier barème provisoire a été publié avec l'arrêté ministériel du 19.04.1945. Mais il n'a pas été possible d'obtenir des dispensateurs de soins qu'ils s'engagent à respecter ces tarifs par manque d'une structure appropriée chez les médecins. A son grand mécontentement, le gouvernement n'a pas été en mesure de garantir une sécurité tarifaire aux assurés sociaux. C'est également dans ce contexte qu'il faut examiner le développement des syndicats médicaux.

Le syndicalisme médical s'est développé durant la seconde moitié de 20^e siècle. Jusqu'alors, le syndicalisme avait été une caractéristique des ouvriers et des travailleurs en général. Les professions libérales et intellectuelles y étaient opposées. Un demi-siècle plus tard, les termes "syndicats médicaux" suscitent toujours des sentiments négatifs chez certains médecins.

Jusqu'à la moitié des années 1950, il a existé une multitude d'associations professionnelles travaillant indépendamment les unes des autres et qui passaient parfois des accords locaux et/ou par catégorie professionnelle avec certains organismes assureurs.

Le 15.07.1954 a été constitué l'organe coudé réunissant en un groupement les unions professionnelles de médecins spécialistes existant à l'époque : le Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS).

L'*Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België* s'adressant tant aux spécialistes qu'aux généralistes a vu le jour le 03.10.1954. Son objectif était la mise en place, en concertation avec les autorités, d'un système de codécision et de coresponsabilité pour la gestion de l'assurance-maladie. Le Dr Marcel DE BRABANTER, anesthésiste néerlandophone et membre fondateur, en fut rapidement le président. Nombre de médecins ont pensé que cette responsabilisation conduirait à un rationnement des soins et que l'Etat s'immiscerait d'une manière inacceptable dans la relation entre le patient et le médecin.

Diverses tentatives visant à conclure une convention entre les mutuelles et le GBS, l'ASGB et d'autres organisations de médecins telles que la Fédération Médicale Belge (FMB) ont échoué durant la période 1955-1956.

La grande majorité des médecins n'étaient pas d'accord avec les idées de l'A.S.G.B. concernant la coresponsabilité ou avec la proposition d'instauration d'un système généralisé de tiers payant obligatoire.

Au début de l'année 1961, la Belgique s'est trouvée dans une situation préévolutionnaire caractérisée par des grèves générales et des manifestations violentes touchant tout le pays en réaction à la "Loi unique du 14.02.1961" que le premier ministre de l'époque, Gaston EYSKENS, avait fait adopter par le Parlement, à la Chambre le 13.01.1961 et au Sénat le 14.02.1961. Cette loi contenait entre autres deux articles importants relatifs à l'assurance-maladie. L'article 33 transformait le contrôle médical en une institution indépendante baptisée l' "Institut du contrôle médical" tandis que l'article 52 conférait au Roi, en l'absence d'accord entre les médecins et les mutuelles, le pouvoir de fixer unilatéralement les honoraires. Cet article a été conservé, sous une forme quelque peu modifiée, dans l'actuelle loi coordonnée sur les soins de santé et indemnités (loi S.S.I. du 14.07.1994, article 50, § 11) et le ministre des Affaires sociales et des Pensions Frank VANDENBROUCKE s'est servi de ce moyen de pression à l'encontre aussi bien des dentistes que des médecins pour leur arracher un accord avec les mutuelles à la fin de l'année 2002.

Comme séquelle de la Loi unique et en préparation de la loi relative à l'assurance-maladie et invalidité du 09.08.1963 par le ministre socialiste de la Prévoyance sociale de l'époque, à savoir Edmond LEBURTON, l'Association belge des syndicats médicaux (ABSyM) a été constituée en 1963 par le regroupement de cinq chambres (ou sections) syndicales : la Chambre syndicale de Liège et du Belgique (créée le 17.05.1962), la Chambre syndicale du Brabant wallon, du Hainaut et de Namur (22.03.1963), de l'Agglomération bruxelloise (31.05.1963), d'Anvers, du Limbourg et du Brabant flamand (23.08.1963) et de Flandres orientale et occidentale (29.08.1963). Le Dr André WYNEN, chirurgien francophone, a été le dirigeant brillant qui a dominé, trois décennies durant, la scène médico-mutualiste.

A la suite de la deuxième réforme de l'Etat de 1980 qui a divisé la Belgique en régions et en communautés et qui a installé en Flandre un Parlement flamand et un gouvernement flamand, les deux Chambres flamandes se sont transformées en sections du *Vlaams Artsensyndicaat* (VAS) constitué le 14.06.1981.

2.2. Résistance et grèves des médecins

L'opposition des médecins à la "Loi LEBURTON" du 09.08.1963 a été considérable. Les médecins réclamaient une autre forme de cogestion ainsi qu'une réduction de l'immixtion de l'Etat dans leur pratique médicale. Ils refusèrent d'être rendus financièrement responsables des soins administrés par eux et que les autorités puissent imposer des tarifs aux médecins n'ayant pas souhaité adhérer à l'accord avec les mutuelles. Ils demandèrent la mise en place d'un statut social pour les médecins adhérant à l'accord médico-mutualiste.

L'opposition des médecins au gouvernement a débouché sur une grève de 18 jours sous la conduite du Dr André WYNEN (du 01 au 18/04/1964).

Les "accords de la Saint-Jean" ont été conclus le 25.06.1964 entre les représentants des médecins, des organismes assureurs, des employeurs, des travailleurs et du Gouvernement. Ces accords de la Saint-Jean constituent la base du système existant encore aujourd'hui, qui a entre-temps été adapté par la voie de plusieurs dizaines de modifications de loi. Principalement en raison de la présence au pouvoir ininterrompue de ministres socialistes au ministère des Affaires sociales depuis 1988 – et plus particulièrement du ministre Frank VANDENBROUCKE durant la période 1999-2003 – le système glisse de plus en plus vers le modèle initial de LEBURTON.

3. Eléments de la loi du 09.08.1963 relative à l'assurance-maladie et invalidité

3.1. Le système des conventions

3.1.1. Les principes de base

En exécution des accords de la Saint-Jean, plusieurs principes importants ont été incorporés dans la loi du 09.08.1963 par le biais de la loi du 08.04.1965. Il s'agit notamment du système des conventions. La conclusion de conventions entre les médecins et les mutuelles est confiée à la Commission nationale médico-mutualiste.

L'adhésion à l'accord est un acte individuel décidé librement par le médecin. La convention est négociée entre les représentants des organisations représentatives de médecins et les organismes assureurs.

Une modification importante de la loi du 15.02.1993 a renforcé le rôle du Gouvernement et des partenaires sociaux. L'accord médico-mutualiste doit avoir l'assentiment du ministre compétent et du Comité des soins de santé (Comité de l'Assurance) et le Conseil général de l'INAMI doit s'assurer que la convention conclue est conforme au budget. Pour ce faire, le Conseil général est conseillé par la Commission du contrôle budgétaire.

3.1.2. Le Conseil technique médical

La loi du 09.08.1963 a confié l'élaboration de la nomenclature des prestations médicales au Conseil technique médical (CTM) au sein duquel siègent 9 représentants des mutuelles, 7 représentants des universités et 11 représentants des organisations de médecins représentatives, dont 4 généralistes et 7 médecins spécialistes et un président. A l'origine, le CTM pouvait, de son propre chef, conseiller des modifications de nomenclature au ministre et le Roi ne pouvait qu'accepter ou rejeter les propositions du CTM, après avis du Comité de gestion de l'époque. Depuis la loi du 15.02.1993, le CTM joue moins un rôle de premier plan dans le système des modifications de la nomenclature et il fait office d'organe consultatif strictement technique pour la Commission nationale médico-mutualiste.

3.1.3. La liberté de choix se vide de sa substance au fil des ans

Les patients qui se font soigner par des médecins ayant refusé d'adhérer à l'accord médico-mutualiste bénéficient d'un remboursement identique à celui des patients ayant reçu les mêmes soins de médecins n'ayant pas refusé d'y adhérer. C'est une différence importante par rapport aux autres conventions (ex. des kinésithérapeutes) et cela a constitué un point de divergence important durant la période 1963-1964. Cet élément garantit la liberté de choix du médecin par le patient.

La liberté thérapeutique a été confirmée dans les accords de la Saint-Jean. Toutefois, au fil des ans, le législateur l'a restreinte de plus en plus. Le dernier gouvernement avec le ministre VANDENBROUCKE a été très loin dans ce domaine. La "Loi du 22.08.2002 portant des mesures en matière de soins de santé" a introduit des "montants de référence" pour 14 interventions chirurgicales et 12 affections en médecine interne. S'il est dépensé plus que la moyenne pour le traitement de ces 26 pathologies, choisies dans le système All Patients Refined Diagnosis Related Group (APR-DRG), le médecin et l'hôpital doivent rembourser la différence.

APR-DRG chirurgicaux : n° et libellé

- 73 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie,
- 97 Adénoïdectomie et amygdalectomie,
- 179 Ligature de veine et stripping,
- 225 Appendicectomie,
- 228 Cures de hernie inguinale et crurale,
- 263 Cholécystectomie laparoscopique,
- 302 Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieures sans trauma, si le code de nomenclature 289085 - Arthroplastie de la hanche avec prothèse totale (cotyle et tête fémorale) a été attesté,
- 302 Interventions majeures articulation, rattachement membres des extrémités inférieurs sans trauma, si le code de nomenclature 290286 - Arthroplastie fémoro-tibiale avec prothèse articulée a été attesté,
- 313 Interventions des membres inférieures et genoux excepté pied, si le code nomenclature 300344 - Arthroscopies thérapeutiques (menisectomie partielle ou totale) a été attesté,
- 318 Enlèvement matériel de fixation interne,
- 482 Prostatectomie transurétrale,

- 513 Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et affections bénignes, si le code de nomenclature 431281/431325 - Hystérectomie totale, par voie abdominale/ vaginale a été attesté,
- 516 Ligature tubaire par voie laparoscopie,
- 540 Césarienne
- 560 Accouchement par voie vaginale.

APR-DRG en médecine interne : n° et libellé

- 45 Accident vasculaire cérébral avec infarctus,
- 46 Accident vasculaire cérébral non spécifique avec occlusion précérébrale sans infarctus,
- 47 Accident ischémique transitoire,
- 134 Embolie pulmonaire,
- 136 Affections malignes du système respiratoire,
- 139 Pneumonie simple,
- 190 Affections circulatoires avec infarctus,
- 202 Angine de poitrine,
- 204 Syncope et collapsus,
- 244 Diverticulité et diverticulose,
- 464 Lithiases urinaires, avec lithotripsie par ultrasons
- 465 Lithiases urinaires, sans lithotripsie par ultrasons.

La Loi-programme II du 24.12.2002 a prévu un certain nombre de mesures visant à responsabiliser les dispensateurs de soins individuellement lorsqu'ils divergent d'un type de "guidelines" ou d' "indicateurs". Le fonctionnement du service de contrôle a également été adapté à cet effet et sa dénomination a été transformée en "Service d'évaluation et de contrôle médicaux".

3.1.4. Introduction des honoraires forfaitaires

Le régime des conventions entre les médecins et les mutuelles tel qu'il a été conçu dans le cadre des accords de la Saint-Jean du 25.06.1964 portait sur le montant des honoraires, sur la durée de l'engagement, sur le temps et les conditions où la convention est applicable et sur les garanties en ce qui concerne l'exécution du système. La base des honoraires est toujours le paiement à l'acte, à l'exception de la biologie clinique et de la radiologie où le paiement forfaitaire est devenu très important, respectivement à hauteur de 75 % et de ± 31%.

Ces 10 dernières années, d'autres éléments ont été incorporés dans l'accord. Notons par exemple le système de l'accréditation rémunéré en partie forfaitairement et en partie à l'acte, l'instauration du Dossier médical global (DMG) pour les généralistes, l'introduction des honoraires de disponibilité forfaitaires pour les généralistes, l'intervention financière pour les logiciels pour les généralistes, le soutien financier pour les cercles de généralistes qui organisent entre autres le service de garde au niveau local. A l'heure actuelle, un projet d'arrêté royal a été soumis pour avis au Conseil d'Etat en faveur du financement de certains types de pratiques de généralistes.

3.1.5. Acceptabilité des accords médico-mutualistes

Un accord entre les médecins et les mutuelles entre en vigueur sauf si plus de 40% des médecins rejettent l'accord par lettre recommandée ou sauf si plus de 50% des généralistes ou plus de 50% des médecins spécialistes refusent d'y adhérer. Les comptabilisations sont effectuées par arrondissement judiciaire.

Pour ce qui est de l'accord 2003 conclu le 19.12.2002, 7.243 médecins sur les 40.666, soit 17,81 %, ont refusé d'y adhérer. 2.804, soit 15,65 %, des 17.913 généralistes et 4.439, soit 19,51 %, des 22.753 médecins spécialistes ont refusé d'adhérer à l'accord (tableau 1).

Refus d'adhésion à l'accord du 19.12.2002

	Nombre	Nombre de refus	
		en chiffres absolus	en %
Généralistes	17.913	2.804	15,65
Spécialistes	22.753	4.439	19,51
Total	40.666	7.243	17,81

Tableau 1

Le tableau 2 donne un aperçu des pourcentages de refus depuis 1990. Le 18.12.1992, une situation exceptionnelle, telle que prévue à l'article 51 § 1, 6^e alinéa, 2^o de la loi S.S.I. du 14.07.1994, s'est présentée.

Etant donné que les associations de médecins représentatives n'étaient pas parvenues à un accord avec les organismes assureurs, le ministre de l'époque Philippe MOUREAUX a soumis lui-même des tarifs pour les honoraires aux médecins individuels. Mais ceux-ci ont été rejetés par 51,5 % des médecins, 37,8 % chez les généralistes et 63,73 % chez les médecins spécialistes. (tableau 2).

Un accord conclu peut être résilié par une des parties – les organismes assureurs ou les syndicaux médicaux.

L'accord du 11.12.1995 a été résilié par l'ABSyM le 16.01.1997 en réaction à la mesure d'économie linéaire décidée par le Gouvernement (- 3%) (° dans le tableau 2).

L'accord du 03.11.1997 a été résilié par l'ABSyM le 01.04.1998 en réaction aux limitations légales en matière de suppléments d'honoraires dans les hôpitaux (△ dans le tableau 2).

Pourcentage de refus d'adhésion à l'accord médico-mutualiste

	Tous les médecins	Généralistes	Spécialistes
10.12.1990	12,57	9,78	16,35
18.12.1992 (*)	51,50	37,80	63,73
13.12.1993	19,27	18,42	20,02
11.12.1995 (°)	16,50	16,18	16,77
03.11.1997 (△)	15,60	14,28	16,71
18.12.2000	14,77	11,85	17,16
19.12.2002	17,81	15,65	19,51

Tableau 2

* Document Moureaux

D'une manière générale, on observe des écarts relativement importants dans le nombre de refus entre les généralistes et les spécialistes ainsi qu'entre les Flamands (région flamande) et les francophones (région wallonne et la majorité de la région bruxelloise). A titre d'exemple, le tableau 3 renseigne sur les pourcentages de refus de l'accord du 19.12.2002.

Refus de l'accord médico-mutualiste du 19.12.2002

	Tous les médecins	Généralistes	Spécialistes
Région flamande	13,87	7,23	19,25
Région wallonne	21,04	24,58	18,12
Région bruxelloise	24,20	25,94	23,08
Total	17,81	15,65	19,51

Tableau 3

Les médecins adhérant à l'accord ont droit à une contribution de l'INAMI pour leur statut social. En 2002, cette cotisation s'est élevée à 2.612,70 € pour les médecins totalement conventionnés et à 1.749,79 € pour les médecins n'appliquant les tarifs de la convention que pendant une partie de leur pratique médicale.

3.2. Représentativité des organisations médicales

3.2.1. Base légale

La loi du 08.04.1965 qui est la concrétisation des accords de la Saint-Jean du 25.06.1964 a introduit une procédure visant à mesurer la représentativité des syndicats médicaux par le comptage des membres. Cela n'a jamais fonctionné et ce n'est qu'avec l'article 122 de la loi du 29.04.1996 (M.B. du 30.04.1996) portant des dispositions sociales que le principe des élections quadriennales des organisations médicales représentatives a été inséré comme article 211 § 1 de la loi S.S.I. Cet article 211 § a ensuite été modifié par la loi du 22.02.1998 (M.B. du 03.03.1998).

L'Arrêté Royal du 08.08.1997 (M.B. du 11.09.1997) portant exécution de cette loi, modifié par les A.R. du 02.12.1997 (M.B. du 13.12.1997) et du 02.03.1998 (M.B. du 05.03.1998) a fixé les règles des élections médicales.

Pour être représentative, une organisation doit compter dans ses rangs aussi bien des médecins spécialistes que des médecins généralistes, avoir des membres dans au moins deux des trois régions, exister depuis au moins un an et avoir au moins 1500 membres affiliés à titre individuel qui sont des prestataires de soins enregistrés auprès de l'INAMI

Seules deux organisations remplissent ces critères : d'une part, l'ABSyM avec ses deux sections néerlandophones et trois Chambres francophones et, d'autre part, un Cartel qui est constitué du *Syndicaat van Vlaamse Huisartsen (SVH)* et de la Confédération des médecins belges, qui est composée à son tour de trois associations plus petites, à savoir le Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO), le Syndicat des Médecins-Spécialistes Belges (SMS) – qui n'est plus actif – et *l'Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België (ASGB)*.

Les résultats des élections déterminent le nombre de sièges au sein des différents conseils, comités et commissions de l'INAMI. L'organe ayant la plus grande valeur symbolique est la Commission nationale médico-mutualiste au sein de laquelle sont conclus les accords entre les médecins et les mutuelles. Les nouvelles règles accordent 12 sièges aux représentants des mutuelles et 12 sièges aux médecins, dont 6 pour les médecins généralistes et 6 pour les spécialistes.

De ce fait, les voix des généralistes pèsent plus lourd que celles des spécialistes, puisque $\pm 45\%$ des médecins sont répertoriés comme généralistes auprès de l'INAMI tandis que $\pm 55\%$ des médecins sont des spécialistes.

3.2.2. Elections médicales : participation et résultats

Depuis l'A.R. du 08.08.1997, deux élections médicales ont été organisées, respectivement en juin 1998 et en juin 2002. Jusqu'alors, l'ABSyM avait toujours eu la majorité absolue pour le banc des médecins dans tous les organes de l'INAMI. L'ABSyM occupait 9 des 11 sièges de l'époque au sein de la Commission nationale médico-mutualiste.

La participation aux élections médicales n'est pas obligatoire. En juin 1998, 70,66% y ont pris part. En juin 2002, ils n'étaient plus que 56,33 % (cf. tableau 4)

Participation aux élections médicales

	1998				2002			
	Bulletins envoyés		Bulletins retournés		Bulletins envoyés		Bulletins retournés	
	Chiffre absolu	% du total	Chiffre absolu	% du total	Chiffre absolu	% du total	Chiffre absolu	% du total
Généralistes	16.919	45,26	11.755	69,48	17.872	44,58	10.341	57,86
Spécialistes	20.464	54,74	14.659	71,63	22.218	55,42	12.241	55,09
Total	37.383	100,0	26.414	70,66	40.090	100,00	22.582	56,33

Tableau 4

Le tableau 5 donne les résultats des deux élections médicales.

En 1998, l'ABSyM a obtenu 67,1 % du total des voix exprimées, dont 39,7 % chez les généralistes et 89,2 % chez les spécialistes.

En 2002, l'ABSyM a perdu 7% des votes exprimés en obtenant 60,1 % des voix, principalement à la suite du recul du nombre de voix chez les généralistes où on a enregistré une baisse de 11,6 %. Chez les spécialistes, on a observé un statu quo.

Résultats des élections médicales des 30.06.1998 et 25.06.2002 (en %)

		1998	2002
ABSyM	Généralistes	39,7	28,1
	Spécialistes	89,2	87,1
	total	67,1	60,1
Cartel	Généralistes	59,0	69,1
	Spécialistes	9,9	9,7
	total	31,7	36,9
Invalides/blancs	Généralistes	0,6	1,3
	Spécialistes	0,6	1,7
	total	1,2	3,0
		100	100

Tableau 5

L'ABSyM conserve sa majorité au sein de tous les organes de l'INAMI tant en 1998 qu'en 2002. C'est également le cas au sein de la Commission nationale médico-mutualiste : 7 sièges sont attribués à l'ABSyM,

dont 5 pour les spécialistes et 2 pour les généralistes tandis que 5 vont au Cartel, dont 4 pour les généralistes et 1 pour les spécialistes (cf. tableau 6)

Composition de la Commission nationale médico-mutualiste		
Médecins		Organismes assureurs
ABSyM Généralistes	2	
ABSyM Spécialistes	5	
Total ABSyM	7	
Cartel généralistes	4	
Cartel spécialistes	1	
Total Cartel	5	
Total général	12	12

Tableau 6

3.2.3. Organisations médicales "non représentatives"

Les nombreuses autres associations médicales ne sont pas représentatives dans le contexte de la loi sur les soins de santé et indemnités. C'est également le cas du Groupement des Unions professionnelles belges de médecins spécialistes (GBS).

Etant donné que seuls les médecins spécialistes peuvent s'y affilier, cette organisation qui compte le plus grand nombre de membres parmi toutes les organisations médicales belges (7.313) n'est pas considérée comme représentative par l'INAMI. Le GBS est une organisation coupole regroupant 24 unions professionnelles, soit une par spécialité médicale reconnue par la loi, et 4 unions professionnelles associées. Depuis de nombreuses années, le GBS travaille en étroite collaboration avec l'ABSyM sans que cela aille jusqu'à la constitution d'un cartel ou d'une autre forme de collaboration structurée. Les différentes unions professionnelles proposent leur know-how comme soutien à l'ABSyM dans le Conseil technique médical de l'INAMI lors de l'élaboration de la nomenclature des soins de santé spécifique à chaque discipline.

En plus des unions professionnelles de spécialistes, il existe des dizaines de sociétés scientifiques spécialisées, par discipline ou sous-discipline, suivant le rôle linguistique francophone ou néerlandophone, ou belge.

Les associations ne regroupant que des généralistes – qui, par définition, ne peuvent pas non plus être "représentatives" – sont très morcelées et très régionalisées. En Flandre, les cercles locaux de généralistes sont regroupés au sein de l'*Unie van huisartsenkringen (UHAK)*. Dans la partie francophone du pays, il existe quelque chose d'analogue. Les associations locales de généralistes sont réunies au sein du Forum des Associations de Généralistes (FAG)

Il existe deux sociétés scientifiques de généralistes subventionnées par l'Etat, l'une en Flandre, la *Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (WVWH)*, et l'autre dans la partie francophone du pays, la Société Scientifique des Médecins Généralistes (SSMG).

En Flandre, il y a également un *Vlaams Huisartsen Parlement (VHP)*, où trois bancs sont élus : un pour les représentants des syndicats de généralistes, un pour la société scientifique et un pour les représentants des cercles de généralistes. Ce *Vlaams Huisartsen Parlement* ne dispose d'aucune compétence légale mais fonctionne comme un groupe de pression informel.

Un certain nombre de généralistes qui ne sont pas membres de l'ABSyM souhaitent une scission des structures de l'INAMI des spécialistes, avec un budget distinct et une convention distincte pour les généralistes. Récemment, des voix se sont élevées pour réclamer que cette convention des généralistes ne soit plus conclue avec les organismes assureurs classiques mais avec le Gouvernement. Dans la mesure où, en matière d'organisation de la médecine générale, il existe des différences très importantes entre la Flandre et la partie francophone du pays, certains responsables politiques craignent qu'une scission entre les généralistes et les spécialistes conduise directement à une scission des soins de santé et de l'ensemble de la sécurité sociale. Les partis politiques francophones y sont farouchement opposés.

4. Représentation des organisations médicales (représentatives) au sein des organes officiels

Les deux organisations médicales représentatives, à savoir l'ABSyM et le Cartel, siègent à la fois dans plusieurs organes officiels du Service Public Fédéral (SPF) Sécurité sociale et de la Santé publique. A l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui relève de la compétence du ministre des

Affaires sociales, le nombre de sièges dans les différents organes est attribué en fonction du nombre de voix obtenues lors des élections médicales.

Dans les organes du Service Public Fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, il n'existe aucune base légale pour tenir compte des résultats des élections.

A l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), les organisations représentatives siègent notamment au sein du :

- Service des soins de santé :
 - Conseil général des soins de santé
 - Comité de l'Assurance
 - Commission du contrôle budgétaire
 - Commission nationale médico-mutualiste
 - Conseil technique médical
 - Conseil national de la promotion de la qualité
 - Système de l'accréditation avec
 - Groupe de direction de l'accréditation
 - Comités paritaires par spécialité
 - Groupe de travail éthique et économie
 - Conseil technique de l'accréditation
 - Commission d'appel
 - Commissions des profils
 - Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments

- Service d'évaluation et de contrôle médicaux:
 - Le service
 - Le comité
 - Les chambres d'appel

Au sein du Service Public Fédéral Santé publique siègent non seulement les deux organisations médicales représentatives mais également le Groupement belge des médecins spécialistes (GBS). Du reste, jusqu'au début des années 1960, c'étaient les différentes unions professionnelles du GBS qui délivraient aux médecins demandeurs leur agrément comme spécialiste.

En matière d'agrément, les représentants des organisations médicales siègent :

- * au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes
- * dans les différentes commissions d'agrément

En matière de législation sur les hôpitaux, les représentants siègent dans :

- * le Conseil national des établissements hospitaliers
- * la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux
- * la Structure de concertation entre les gestionnaires d'hôpitaux, les médecins et les organismes assureurs
- * la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux

Il existe encore toute une série d'autres organes au sein desquels siègent des médecins-représentants

- * Conseil national et commission technique de l'art infirmier
- * Conseil national et commission technique des professions paramédicales
- * Commission de biologie clinique
- * ...

5. Principes-objectifs

Pour conclure, nous énonçons les principes de base et les objectifs des associations que je représente. Nous avons dix règles de base :

1. le patient occupe une position centrale ;
2. le médecin respecte le Code de déontologie médicale, et plus particulièrement l'art. 36 :
"Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique. Il s'interdira de prescrire

inutilement des examens ou des traitements onéreux ou d'exécuter des prestations superflues. ";

3. le patient choisit librement son médecin;
4. le médecin choisit librement les possibilités diagnostiques et thérapeutiques;
5. la sauvegarde du secret médical est cruciale;
6. les médecins veillent à la continuité de soins de qualité;
7. il y a équivalence entre le généraliste et le spécialiste;
8. il y a équivalence entre les spécialistes entre eux;
9. une pathologie identique donne lieu à des honoraires identiques, indépendamment de la localisation:
 - * universitaire ou non universitaire
 - * région
 - * hospitalier ou extra-hospitalier;
10. en d'autres termes application d'une législation *juste* et *objective* sur tout le territoire.

Pour mettre le nouveau gouvernement à constituer sur la bonne voie, nous ne pouvons qu'exposer notre vision :

- Halte à la création de structures onéreuses et imbriquées les unes dans les autres.
- Soutenez les accords de collaboration existant à petite échelle entre les dispensateurs de soins de la même profession et entre dispensateurs de plusieurs professions (généralistes-spécialistes, médecins-personnel infirmier-personnel paramédical-kinésithérapeutes ...).
- Limitez l'ingérence de l'Etat dans les soins de santé.
- Halte aux normes excessives et aux chicaneries gouvernementales.
- Laissez les soins avant tout aux praticiens en concertation avec leurs patients et évitez la surstructuration.

Pendant des décennies, le système belge des soins de santé a joui d'une excellente réputation au niveau international. Les soins y sont de qualité et très accessibles pour la quasi-totalité des patients. Et les dépenses sont sous contrôle même si c'est au prix d'efforts importants principalement de la part des dispensateurs et, au cours de ces dernières années, également mais dans une moindre mesure de la part des patients.

L'origine de ces bons résultats se trouve dans le système de négociation permanente entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins, sous la conduite des autorités. Les médecins sont résolument favorables au maintien de ce modèle de concertation. Ni la médecine étatisée ni l'approche hyperlibérale du libre marché appliquée aux soins de santé ne donnent de meilleurs résultats.

Pour conclure et à titre informatif pour le futur gouvernement belge, je répète les mots du fondateur de l'ABSyM, le Dr André WYNEN "Pas de médecine sans médecins".

MONITEUR BELGE DU 16 JUIN AU 4 JUILLET 2003

Les textes intégraux peuvent être obtenus au secrétariat sur simple demande (tél. 02/649.21.47 – fax 02/649.26.90 – e-mail : delphine@gbs-vbs.org). Ces textes sont également disponibles par voie électronique sur le website du Moniteur belge (<http://www.moniteur.be>).

16 juin 2003

4 JUIN 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du **budget des moyens financiers des hôpitaux**, p. 32127 (fixation d'une durée d'hospitalisation moyenne par groupe de diagnostic et calcul d'un nombre de lits justifiés).

28 MAI 2003. - Arrêté royal relatif à la **surveillance de la santé des travailleurs**, p. 32158.

18 juin 2003

11 JUIN 2003. - Arrêté royal portant **exécution**, en ce qui concerne les **montants que les organismes assureurs doivent liquider en douzièmes** en application de la **loi coordonnée sur les hôpitaux**, des articles 136, par. 1er, alinéa 3; 136, par. 5, et 164, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, p. 32479.

19 juin 2003

8 AVRIL 2003. - Arrêté royal portant approbation du **règlement d'ordre intérieur du Conseil technique des moyens diagnostiques et de matériel de soins**, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, p. 32603.

23 juin 2003

4 JUIN 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de **l'intervention personnelle** des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations, p. 33411 (rapport écrit kinésithérapeutes).

11 JUIN 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la **nomenclature** des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, p. 33412 (**article 8 : prestations des infirmiers/ères** – soins de plaies et besoins des patients diabétiques) (voir également sur notre website **infos et coordonnées de l'Association des infirmières indépendantes de Belgique**).

27 juin 2003

5 JUIN 2003. - Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 27 juin 2002 portant **suspension** de la délivrance des **médicaments** contenant de la **phénylpropanolamine**, p. 34667.

30 juin 2003

9 JUIN 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 avril 1995 relatif à l'information et à la **publicité** concernant les **médicaments** à usage humain, p. 35204.

18 JUIN 2003. - Arrêté royal approuvant l'abrogation de la monographie « Lypressini solutio iniectionis » (0506), de la quatrième édition de la Pharmacopée européenne, p. 35206.

15 MAI 2003. - Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités **intervient** dans le **coût** de **l'autosondage** au domicile du bénéficiaire, p. 35207.

1er juillet 2003

23 JUIN 2003. - Arrêté royal portant exécution de l'article 71bis, par. 1er et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, p. 35573 (**hémodialyse, dialyse péritonéale et service collectif d'autodialyse**).

2 juillet 2003

19 JUIN 2003. - Arrêté royal nommant les membres de la Commission paritaire des services de santé, p. 35734.

4 juillet 2003

11 JUIN 2003. - Arrêté ministériel fixant les **critères d'agrément** du titre professionnel particulier de **pharmacien hospitalier**, p. 36008.

COMMISSIONS DE SURVEILLANCE DES ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES : APPEL AUX CANDIDATS A LA FONCTION DE MEMBRE MEDECIN

L'arrêté royal du 4 avril 2003 (M.B. 16.05.2003) institue, au sein du Service public fédéral Justice, un Conseil central de Surveillance pour l'administration pénitentiaire ainsi qu'une Commission de Surveillance auprès de chaque établissement pénitentiaire du pays. Ces organes ont pour mission d'exercer de manière professionnelle et indépendante une surveillance sur tout ce qui concerne le traitement réservé aux détenus et le respect des prescriptions en vigueur en la matière. Ils sont chargés de faire rapport au Ministre de la Justice de leurs observations et de conseiller ce dernier en matière pénitentiaire.

Le Conseil central de Surveillance Pénitentiaire est entré en fonction le 26 mai 2003. Une des premières tâches de ce Conseil consiste à faire des propositions au Ministre de la Justice en vue de la désignation des présidents et des membres des différentes Commissions de Surveillance.

Chaque Commission de Surveillance doit compter parmi ses membres un membre médecin. La fonction de membre médecin est actuellement toujours vacante dans les Commissions de Surveillance instituées auprès des prisons suivantes : SAINT-GILLES ; FOREST ; DINANT ET SAINT-HUBERT ; ANDENNE, HUY ET MARNEFFE (commission unique); ARLON ; DINANT ET SAINT-HUBERT (commission unique) ; JAMIOULX ; MONS ; NAMUR ; NIVELLES ; ITTRE ; TOURNAI ; VERVIERS ; et auprès de l'ETABLISSEMENT DE DEFENSE SOCIALE DE PAIFVE.

Les membres seront nommés sur la base de leurs compétences en rapport avec les missions confiées à la Commission de Surveillance. Ils ne peuvent être âgés de plus de 60 ans au début de leur mandat.

Pendant la durée du mandat (4 ans), l'appartenance à la Commission de Surveillance est incompatible avec : - l'appartenance au Conseil central de Surveillance Pénitentiaire; - l'exercice d'une fonction auprès de la Direction générale Exécution des Peines et Mesures du Service Public Fédéral Justice ou l'exécution d'une mission pour cette Direction générale.

Les candidatures doivent être adressées au secrétariat du Conseil central de Surveillance Pénitentiaire, à l'attention de Mme Astrid Brûls (par courrier : rue Evers 2-8, à 1000 Bruxelles, par fax : 02/542.64.15 ou par email : astrid.bruls@just.fgov.be) dans les meilleurs délais vu la nécessité de rendre les Commissions de Surveillance opérationnelles le plus rapidement possible.

ANNONCES

- 03038 **BRUXELLES** : Cabinet médical à Bruxelles à partager, pouvant servir pour toute discipline. Renseignement : 02/735.11.04
- 03039 **MOUSCRON** : Centre Hospitalier de Mouscron cherche généraliste ou spécialiste pour garde hospitalière sur 2^e site sans service d'urgence, la nuit + WE. Rémunérations intéressantes. Contacter : Direction médicale C.H. Mouscron - 056/85.81.25 de 8 h à 12 h 30 et 13 h à 16 h 30.
- 03040 **TOURNAI** : Centre médical spécialisé recherche, en vue d'une location de cabinet, **GÉNÉRALISTE, INTERNISTE, RHUMATOLOGUE, DERMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, CHIRURGIEN VASCULAIRE**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 0475/61.44.94 ou au 069/68.66.01.
- 03044 **LA LOUVIERE** : **A LOUER CABINET** médical à partager, très bien situé. Renseignements rue Warocque, 2, 7100 La Louvière. Tél. 064 44 47 00 ou gsm 0478 33 75 89 ou par mail.
- 03045 **BRUXELLES** : **CABINET** d'ophtalmologie réputé **A CEDER** à confrère expérimenté pour 61.973 Eur. Tél. 0495/57.40.65.
- 03046 **GUADELOUPE** : **CESSION** en 2004 d'un très beau **CABINET DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE** tout équipé : bureau cuir – bibliothèque – table gynéco élec. – colposcope – échographe – ordinateur. Emplacement privilégié – grosse clientèle – accès cliniques – gros potentiel gynéco-obstétrical. Réelle opportunité et tout cela pour le prix de l'équipement. S'adresser au Dr G. ISSAUTIER, 87 Bd Rougé, 97160 Le Moule, Guadeloupe, tél. : 00.590.23.92.92, fax : 00.590.23.92.93.
- 03047 **BINCHE** : Le Centre de guidance psychologique de Binche recrute un médecin **PSYCHIATRE OU PÉDOPSYCHIATRE** – salarié. Horaire : 15 h semaine (à négocier éventuellement). Candidature à adresser à : Evelyne ARON, responsable administrative, Centre de guidance psychologique, rue de Robiano 85, 7130 Binche, tél. : 064/33.63.68 – 33.93.68.
- 03048 **FRANCE (LA ROCHELLE Centre Historique)** : **DERMATOLOGUE**, secteur 2, recherche associé(e) dans le cadre d'une SCM (locaux séparés, Puvathérapie, Laser KTP et Alexandrite. Parkings Médecins-Patients). Contacter : 00.33.5 46 50 54 88 (dom) – 00.33.5 46 41 17 55 (cab) - email: PERRIER-CAMENEN@WANADOO.FR
- 03049 **FRANCE** : LAM Centre de la France (2 heures de Paris) recherche **MÉDECIN BIOLOGISTE** pour poste de Directeur Adjoint, temps plein, éventuelle association. Salaire attractif-Horaires adaptés. Tél: 00 33 2 54 22 90 25 - Fax: 00 33 2 54 27 05 17 - email: JL.MOREAU@WANADOO.FR

Table des matières

- Règles interprétatives publiées au Moniteur Belge du 24.6.2003 – Entrée en vigueur le 24.6.2003 1
- Nouvelles modifications de la nomenclature (M.B. du 30/06/2003 - 2e édition)..... 1
- First annual meeting of the INSEAD-EHLP – The Perspective of the Provider 2
- Moniteur belge du 16 juin au 4 juillet 2003 10
- Commissions de surveillance des établissements pénitentiaires :
appel aux candidats à la fonction de membre médecin 11