
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 6/ SEPTEMBRE 2014

Bureau de dépôt : Bruxelles

POINT DE VUE DU GBS SUR LES PROPOSITIONS DE RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX ÉMISES PAR LE KCE

La refonte proposée par la feuille de route 2025 remet radicalement en question l'ensemble du système de soins santé belge, et ambitionne ainsi de révolutionner un système de soins, qui s'il n'est pas le meilleur, est certainement celui dont les patients sont, et restent de loin les plus satisfaits d'Europe¹. S'il y a lieu de l'améliorer, de chercher des solutions pour encore augmenter son efficacité, son accessibilité et sa qualité, et pour le rendre plus transparent, faut-il pour autant le mettre à plat ? Le choix d'une voie révolutionnaire préoccupe le GBS, qui a débattu dans ses instances des conclusions de la feuille de route.

Le GBS estime que rien ne justifie réellement une réforme aussi radicale, qui sera longue et coûteuse à mettre en place, alors que notre système de soins, même s'il n'est pas idéal, apparaît néanmoins satisfaire très largement les patients. Le GBS plaide donc pour une évolution plutôt qu'une révolution du système de soins en Belgique.

Le président Dr J.-L Demeere a participé le 26 juin dernier à la réunion de consultation des parties prenantes relative à la réforme du financement des hôpitaux. Les objections adressées à ce sujet au KCE par le GBS sont exposées dans le texte ci-contre.

Des données disponibles auprès de l'OCDE, auprès de l'OMS et auprès de la Health Consumer Power House montrent que si le système de soins belge est coûteux, il l'est certainement moins que celui de pays voisins dans lesquels, soit les soins sont rationnés, soit des files d'attente existent, soit le libre choix des prestataires de soins et de l'hôpital, chers aux Belges, est encadré sinon inexistant.

A cela s'ajoute que le système belge a une qualité de soins perçue comme très élevée par ses utilisateurs.

Cette refonte du système de soins s'articulerait autour de 7 axes :

- Le budget hospitalier
- La rémunération des médecins
- Le paysage de soins
- Les hôpitaux universitaires
- La gouvernance macro-économique
- La qualité
- Les innovations

¹ <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

Le GBS s'étonne et déplore une présentation d'apparence consensuelle de cette note, et se demande finalement quelle est son utilité, si ce n'est d'attiser les braises d'un débat qui n'a presque plus rien à voir avec la qualité de la médecine ni la gestion efficiente des ressources disponibles pour soigner la population.

Le centre d'expertise se donne-t-il les moyens de ses ambitions ? La méthodologie suivie suffit-elle ? Les conclusions du KCE sont-elles mises à l'épreuve de la réalité du terrain, des statistiques, des résultats comptables, des performances du système de soins de santé ? Le GBS émet les plus vives réserves sur la robustesse des statistiques et l'argumentation « evidence-based » des conclusions du rapport du KCE.

La constitution de *focus groups* est une méthodologie purement sociologique. Si elle est indispensable pour donner une vision qualitative du système de soins, est-elle suffisante ? N'est-elle pas trop parcellaire pour dégager une réflexion sur l'avenir du financement des soins de santé ?

Le KCE a interviewé vingt personnes. A elles seules, celles-ci peuvent-elles rendre compte de l'ensemble du paysage de soins ? N'aurait-il pas fallu analyser en profondeur des données financières et quantitatives sur plusieurs exercices avant de tirer les conclusions présentées ?

Le GBS estime que d'autres orientations peuvent être investiguées dans les réformes à adopter, notamment sur base d'analyses sectorielles chiffrées et non sur base d'interviews purement qualitatives. Lorsqu'en 2015, le gouvernement devra prendre une décision, il ne pourra pas se permettre de la justifier seulement par une revue de la littérature étrangère sur les systèmes de soins et une enquête sociologique. Il devra se baser sur des données chiffrées.

A titre d'exemple : Il n'y a pas le moindre chiffre que ce soit en termes de recettes, de dépenses, d'objectifs d'économies, ni en termes de refonte de l'offre de soins. Par contre, il faut consacrer précisément 2 % du budget à la qualité.

A ce sujet, le GBS voudrait attirer l'attention sur le fait que la dernière enquête MAHA sur les hôpitaux montre que ceux-ci se maintiennent avec peine à l'équilibre sur le plan financier. La mise en place d'un nouveau système de financement suppose des investissements additionnels auxquels il faudrait ajouter 2 % du budget consacré à la qualité.

La mise en place d'un système de mesure de la qualité et la refonte de l'efficience par les coûts par l'instauration d'un financement de l'hôpital par les DRG pourraient menacer un grand nombre d'hôpitaux, qui sont déjà en déficit structurel selon l'enquête MAHA.

Le système actuel, à l'acte, ne présente qu'un seul désavantage : il pourrait entraîner une surconsommation. Il offre néanmoins une médecine de qualité à un prix par habitant qui est plus bas que celui de nos pays voisins (les Pays-Bas, l'Allemagne, le Luxembourg, la France, le Danemark) Complété par des montants de référence prospectifs pour un nombre limité de quelques interventions chirurgicales standardisées, il rendrait les médecins encore plus responsables de l'efficience du système : les médecins seraient contraints d'offrir à leurs patients la solution la plus efficiente économiquement dans ces cas précis.

La qualité perçue du système est garantie par le libre choix par le patient du médecin et de l'hôpital où il travaille.

L'acte médical reste un acte intellectuel, et le GBS doute de l'efficacité d'instruments additionnels et coûteux de mesure de sa qualité, d'autant plus dans un contexte budgétaire réduit. La participation financière des médecins garantit également un développement efficient de technologies médicales innovantes.

Le mécanisme proposé par le centre d'expertise hypothèquerait lourdement l'efficacité financière, le dynamisme et la qualité des hôpitaux.

Les nouvelles technologies risquent d'être réservées à des centres de référence ou des hôpitaux académiques, ce qui peut avoir pour conséquence de priver certains de nos concitoyens de soins ou d'en retarder l'accès.

Le centre d'expertise appuie en outre certaines de ses propositions sur l'existence d'un « large » consensus, alors qu'il n'en est rien.

Les réponses apportées dans l'enquête font-elles réellement l'objet d'un consensus ? Comment les parties prenantes sont-elles informées ? En tout cas, le GBS regrette de n'avoir pu répondre aux questions posées.

Le GBS est prêt à sonder ses membres à grande échelle. Ne faudrait-il pas procéder ainsi pour l'ensemble des paysages de soins du pays, pour saisir la complexité des enjeux et répondre à tous les défis à l'horizon 2025 ?

Le GBS s'oppose catégoriquement à la mise en place d'un financement forfaitaire par pathologie. Le KCE propose de combiner les systèmes de financement pour aboutir à un compromis et atteindre des objectifs contradictoires : qualité, accessibilité et efficience des soins prodigués.

Le financement par DRG fermé s'apparente pour le GBS à une réduction pure et simple de l'offre de soins, qui entraînerait des effets pervers, ressentis non seulement au niveau de la réduction de l'offre médicale, mais également au niveau de la qualité des soins².

La réduction de l'offre de soins et le rationnement des soins induit peuvent avoir des effets néfastes qui ont été mis en évidence dans la littérature et ne mèneront pas nécessairement à la réalisation d'économies : il s'agit d'un transfert de coûts des soins vers les services administratifs.

La réduction de l'offre de soins peut avoir pour conséquence de priver certains de nos concitoyens de soins ou d'en retarder l'accès

Le GBS rappelle que si un tel système est mis en place, les conséquences suivantes sont à craindre :

- Offre de soins insuffisante en cas de risques de santé publique : épidémies, manifestations, accidents industriels ou écologiques...
- Augmentation des temps d'attente : complications potentielles pour les patients qui doivent être hospitalisés. Il en résultera que le patient en attente d'être hospitalisé ne sera pas toujours productif s'il doit être mis en incapacité de travail jusqu'à son hospitalisation, ce qui compte tenu du coût de l'invalidité de longue période, portera inévitablement préjudice au financement de la sécurité sociale dans son ensemble.
- Mise en péril de l'équilibre financier des investissements déjà consentis. Risque de faillite d'hôpitaux.
- Politisation du budget attribué par DRG : comment s'assurer que l'estimation de l'offre par zones est réellement en phase avec les besoins des patients ?
- Suppression totale du libre choix du patient : le patient ira se faire soigner là où sa pathologie pourra être prise en charge, ce qui pourrait bouleverser ses habitudes, et ses convictions.

² Les inefficiences engendrées par la mise en place d'un financement purement forfaitaire à l'étranger ont été largement étudiées et documentées ; les pays qui recourent à ce type de financement ont des coûts de fonctionnement supérieurs aux coûts belges, et de multiples inefficiences ont été constatées. Le GBS renvoie notamment au succès en demi-teinte de la mise en œuvre de la forfaitarisation en France : Cordier A., un projet global pour la stratégie nationale de santé, <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>, juin 2013. Dans ce rapport sur les résultats de la mise en place en France d'un financement forfaitarisé de l'hôpital, il ressort que les effets de la forfaitarisation sont : Effet de rente contraire à l'éthique médicale et soignante, la mise en place d'une culture de majoration des recettes par l'activité dans les hôpitaux publics, la méfiance encore plus grande du corps médical à l'égard de l'administration, l'apparition de déséquilibres régionaux grandissants, des coûts de gestion et de contrôle croissants.

- Disparition des comparaisons inter-hospitalières sur base des coûts : dans un tel système, la notion même de montant de référence perd tout son sens puisque chaque hôpital se voit attribuer un budget fermé sur base de DRG.

En outre, cet ajustement de l'offre pourrait entraîner dans son sillage une détérioration du climat social dans le secteur des soins de santé, puisque les médecins ne seraient pas les seuls touchés. Il y aura des pertes d'emploi importantes au niveau des infirmiers, kinésithérapeutes et paramédicaux ...

Les objectifs financiers formulés sont très vagues, jamais chiffrés ; il n'est nulle part démontré que des économies pourraient être réalisées. La note ne met pas non plus en évidence les étapes à suivre pour assurer la transition du système actuel vers le système que le KCE propose.

Le GBS défend le système actuel de concertation en vigueur au sein des différentes instances décisionnelles.

Pour conclure, le GBS est conscient qu'il faut améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins à l'horizon 2025. Il est néanmoins bien obligé de constater que la feuille de route 2025 est une note aussi ambitieuse qu'elle n'est décousue, car il est difficile de lister des propositions pour le changement quand l'évaluation repose sur des données purement qualitatives. Il n'y a dans cette feuille de route que des slogans, aucune proposition concrète correctement chiffrée, évaluée et validée.

► Réflexion sur le financement de l'hôpital proposé par le KCE

Un hôpital qui atteint la limite d'activité qui lui a été allouée, consentira-t-il à pratiquer une intervention surnuméraire parfois nécessaire, son budget étant épuisé ? Probablement pas, puisque son gestionnaire doit gérer l'efficience de l'activité médicale.

Le raisonnement est le suivant :

Cas 1 : Situation actuelle :

Les honoraires des médecins financent une partie des investissements de l'hôpital, par la rétrocession d'honoraires. Dans ce modèle, en contribuant au financement de l'hôpital, leur activité générerait de la surconsommation, si durant l'hospitalisation, ils honoreraient plus d'actes que nécessaires pour une opération donnée. En théorie, l'offre est élastique et s'ajuste à la demande tant que la capacité de l'hôpital le permet.

L'hôpital est en équilibre budgétaire si et seulement si ses revenus sont égaux à ses coûts soit :

$$A + \left(\sum_{i=0}^n N_i * \text{honoraire } i \right) * B = C + \sum_{i=0}^n W_i * \text{acte } i$$

Où

A = financement de l'hôpital non lié à l'acte

Honoraire i = montant effectivement perçu par acte

B = % de rétrocession d'honoraires

C = Coûts fixes de l'hôpital

W_i = Coûts variables par acte i

Avantages de ce système :

- Les médecins sont par leur activité garants de la santé financière de l'hôpital, et de l'efficience de l'activité, puisque leur rémunération en dépend : le système de rémunération à l'acte inclut un système de P4P.

- Système entrepreneurial : l'hôpital peut de sa propre initiative se doter de nouvelles techniques qui profitent à la collectivité, et aux patients, sans exiger de la collectivité un excès de financement par ses coûts fixes (A):

$$C + \sum_{i=0}^n Wi * acte i > A + (\sum_{i=0}^n Ni * honoraire i) * B.$$

Inconvénients de ce système :

- L'offre crée la demande, d'où une surconsommation possible.

Cas 2 : financement par DRG

La mise en place d'un système de financement par DRG ne transformerait pas fondamentalement la règle de l'équilibre budgétaire, si le montant perçu par DRG permet en moyenne de financer l'ensemble des actes regroupés dans un DRG ; sinon, il y aurait un ajustement qui dans un DRG donné entraînerait les acteurs à se limiter strictement aux actes indispensables financés par le DRG ; en théorie l'offre est élastique, tant que l'hôpital a la capacité suffisante pour accueillir un patient supplémentaire.

L'équation de l'équilibre budgétaire est alors la suivante :

$$A' + \sum_{i=0}^n Ni * DRG i = C' + \sum_{i=0}^n Wi * acte i$$

Où

A' = financement de l'hôpital non lié au DRG

DRGi = montant effectivement perçu par DRG

C' = Coûts fixes de l'hôpital

Wi = Coûts variables par acte i

Revenus = $\sum_{i=0}^n Ni * DRGi + \text{financement hospitalier non lié au DRG}$

Coûts = Coûts fixes $\sum_{i=0}^n Wi * DRGi$

Où Wi représente la somme des coûts directs⁴ pour un DRGi

Avantages de ce système :

- La stabilité financière est garantie par le type de pathologie que peut traiter l'hôpital.
- Système plus transparent, et qui devrait homogénéiser les pratiques.

Inconvénient de ce système:

- DRG sont des regroupements : diminution de la traçabilité

Cas 3 : mix DRG – budget global

Nous modifions le modèle d'équilibre de la manière suivante :

Pour le nombre de DRG budgétés:

$$A' + X = C' + \sum_{i=0}^n Wi * acte i$$

A' = financement de l'hôpital non lié au DRG

X = budget global attribué à l'hôpital : cela revient à fixer arbitrairement : $\sum Ni * DRGi$

³ Parties du BMF forfaitarisées, ou non liées à la prestation médicale

⁴ Wi peut être décomposé pour tracer l'ensemble des coûts directs d'un DRG : coût du médecin, coût de l'appareillage spécifiquement utilisé, coût du personnel soignant, coût du personnel non-soignant, pharmacie, matériel hospitalier, administration/admission...

C' = Coûts fixes de l'hôpital

W_i = Coûts variables par acte i

Dans ce modèle le financement de l'hôpital est indépendant du nombre d'actes pratiqués ; dès lors, tout décideur rationnel choisira d'ajuster strictement ses coûts à son budget (et surtout son personnel et ses investissements techniques), sauf si l'hôpital dégage un surplus budgétaire, c'est à dire si :

$$A' + X > C' + \sum_{i=0}^n W_i * acte\ i$$

$$X + (A' - C') > + \sum_{i=0}^n W_i * acte\ i$$

Dans un tel modèle :

L'hôpital qui dégage une marge peut « théoriquement » admettre d'autres patients.

Il faut nuancer pour la raison suivante :

- historiquement, ses revenus sont estimés par rapport à un nombre d'actes, et ses charges financières estimées sur base de revenus liés au nombre d'actes.
- $(A' - C')$ n'est pas toujours > 0 : puisqu'à présent, les honoraires des médecins financent une partie de l'activité hospitalière, et parfois de certains investissements.

Pour financer d'autres admissions, il restera un $x\%$ ($N_i * DRG_i$) pour financer une opération qui consomme des ressources ($W_i * DRG_i$), qui sont nécessairement supérieures, à moins que le financement de certains DRG ne permettent à certains hôpitaux de dégager une marge importante.

A l'inverse, si l'estimation du budget de soins attribué par DRG, arbitraire, n'équilibre pas au minimum la demande de soins pour un hôpital donné, celui-ci sera contraint, soit à réduire son offre de soins ou sa structure de coûts, soit à refuser tout simplement tous les soins excédentaires par rapport à la structure des coûts, qui est fixe à court terme, légèrement ajustable à moyen terme, et ajustable à long terme. Le gestionnaire d'hôpital doit alors supporter le risque d'une baisse de qualité dans les DRG budgétés pour augmenter le nombre d'admissions au-delà du nombre d'admissions budgété.

Conclusions : La mise en place de ce mécanisme engendre des effets pervers, auxquels les décideurs doivent prendre garde :

- Offre de soins insuffisante en cas de risques de santé publique : épidémies, manifestations, accidents industriels ou écologiques...
- Augmentation des temps d'attente : complications potentielles pour les patients qui doivent être hospitalisés. Il en résultera que le patient en attente d'être hospitalisé ne sera pas toujours productif s'il doit être mis en incapacité de travail jusqu'à son hospitalisation, ce qui compte tenu du coût de l'invalidité de longue période, portera inévitablement préjudice au financement de la sécurité sociale dans son ensemble.
- Mise en péril de l'équilibre financier des investissements déjà consentis. Risque de faillite d'hôpitaux.
- Politisation du budget attribué par DRG : comment s'assurer que l'estimation de l'offre par zones est réellement en phase avec les besoins des patients ?
- Suppression totale du libre choix du patient : le patient ira se faire soigner là où sa pathologie peut être prise en charge, ce qui pourrait bouleverser ses habitudes, et ses convictions.

➤ En ce qui concerne la réforme des honoraires médicaux

La réforme des honoraires médicaux proposée ne va certainement pas dans la direction souhaitée par bon nombre de médecins spécialistes.

Nous avons rappelé dans le point précédent que dans le système de financement actuel, les médecins participent au financement de l'hôpital, ce qui cause des tensions entre médecins et gestionnaires.

Le dirigisme économique ne correspond pas à la conception libérale que le médecin se fait de sa profession. Le nouveau système proposé n'élimine pas les tensions entre médecins et gestionnaires liées à la rétrocession d'honoraires ; au contraire, la disparition de la liaison entre l'activité et les honoraires des médecins pourrait entraîner une réduction de la production de soins dispensés par les médecins spécialistes et conséquemment une diminution de l'accessibilité aux soins, au détriment de la satisfaction des patients.

L'étude n° 178 du KCE⁵ sur les rémunérations des médecins n'est pas représentative, et donc non crédible, car elle ne concerne que 13 hôpitaux (5 flamands, 6 wallons et 2 bruxellois), voire 11 hôpitaux pour une partie de l'étude (en excluant les 2 hôpitaux bruxellois pour des raisons de respect de l'anonymat). Il est dès lors impossible de tirer des conclusions correctes sur les rémunérations des médecins en se basant sur cette étude.

La constitution d'un fonds qualité et son financement risquent de gaspiller les ressources et de multiplier les réunions entre le corps médical et le gestionnaire – ce dernier n'étant pas toujours à même d'apprécier les besoins des services médicaux en investissements en matériel nouveau et pouvant être amené à faire des choix irrationnels d'un point de vue médical. L'offre de soins risque donc d'être inadaptée dans certaines régions ou dans certains hôpitaux.

Le GBS salue l'idée du KCE de mettre en place une structure de cogestion qui implique les médecins dans les décisions d'investissement et de qualité. Mais pour le GBS, ceci est absolument insuffisant. Selon lui, les médecins doivent impérativement être associés à la gestion globale de l'hôpital et à sa direction. Pour assurer la cogestion efficace et saine d'un hôpital, les médecins spécialistes ne doivent pas seulement participer à ses fonds, leur avis doit être décisionnel, et non purement consultatif ; sinon, on peut s'interroger sur l'utilité de la mise en place de tels fonds et comités au sein de l'hôpital.

➤ En ce qui concerne la réforme du système hospitalier et les paysages de soins

Ces derniers mois, certaines unions professionnelles affiliées au GBS n'ont pas manqué d'alerter la presse médicale, et parfois la presse générale sur les risques d'une trop grande concentration de l'offre de soins.

Le GBS plaide pour une répartition adéquate de l'offre de soins et s'oppose à la concentration de l'offre médicale, sauf lorsqu'une activité médicale d'une fréquence suffisante s'avère indispensable pour assurer sa qualité : par exemple les cancers rares durant la grossesse, la protonthérapie.

Dans d'autres domaines, notamment les urgences, les soins intensifs, et les soins des enfants en état critique, une centralisation de prestations médicales n'engendre pas nécessairement des économies d'échelle ni de qualité accrue et peut même entraîner une augmentation des risques pour les patients.

⁵ [KCE Report 178 Manual for cost-based pricing of hospital interventions](#) (31.05.2012)

Une trop grande concentration peut également avoir à moyen terme un impact négatif sur la qualité des soins, puisque les prestataires qui doivent transférer leur patient perdent l'expérience requise pour assurer les soins d'urgence.

Une trop grande concentration des soins va aussi générer des listes d'attente dans les centres de référence, ce qui aggravera l'état de santé de certains patients.

Le GBS s'oppose à la programmation stricte qui induit l'immobilisme scientifique, le déplacement fréquent des patients (et de leurs proches), mais ne s'oppose pas à une concentration des soins dans un nombre limité de pathologies, sur base de critères objectifs et mesurables.

▼ Au niveau de la réforme des hôpitaux universitaires

La formation des médecins candidats spécialistes dans différents environnements hospitaliers est consacrée par l'A.M. du 23.04.2014⁶. Elle s'acquiert dans les différentes institutions hospitalières, aussi bien académiques que nonacadémiques. Un hôpital universitaire ou académique devrait aussi participer à la formation continue des médecins spécialistes agrées dans l'utilisation de nouvelles techniques dont il aurait pu démontrer l'efficacité et l'applicabilité sur le terrain, quand l'hôpital universitaire serait le seul à les pratiquer.

Le GBS tient néanmoins à souligner que les nouvelles techniques médicales ne sont pas toujours l'apanage des hôpitaux académiques (il en est ainsi de la chirurgie laparoscopique, de la chirurgie robotique...).

Le GBS insiste sur le fait qu'il y a actuellement trop de lits universitaires en Belgique, et que ces lits ont un coût trop important.

A titre de comparaison, le pourcentage de lits universitaires en France est de 10,23 % (hôpitaux psychiatriques exceptés)⁷. En Belgique, il s'élève à 13,56 %⁸.

L'activité de l'hôpital académique s'articule autour de 3 pôles :

- La recherche
- L'enseignement
- L'hôpital régional / centre de référence

Le GBS soutient entièrement l'idée de soumettre la recherche appliquée à la communication de ses résultats. Par contre, la recherche fondamentale n'émarge pas au financement des soins de santé.

Le GBS estime également qu'il faut financer l'hôpital académique pour son rôle académique, indépendamment de son rôle de prestataire de soins.

▼ En ce qui concerne la réforme de la structure de gouvernance :

Le GBS s'oppose à l'abandon du modèle actuel de concertation.

Si ces structures sont complexes, elles fonctionnent néanmoins et répondent à la technicité des soins de santé.

Le GBS ne s'oppose pas à élargir le modèle actuel de concertation aux associations de patients.

⁶ 23 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage (MB 27.05.2014, Ed. 1)

⁷ <http://etablissements.fhf.fr/annuaire/statistiques.php?item=lits>

⁸ http://www.senate.be/www/?Mival=/index_senate&MENUID=23100&LANG=fr

**SYMPOSIUM DU GBS – 11.10.2014
LA MEDECINE SPECIALISEE :
D'EVOLUTION A REVOLUTION**

8.30-9.30	Assemblée générale extraordinaire du GBS	
9.15-9.30	Accueil	
9.30-9.40	La médecine spécialisée : d'évolution à révolution	Dr. J.-L. Demeere
9.40-10.05	L'impact sur la pratique médicale de la loi sur les accidents médicaux	Mr. T. De Gendt
10.05-10.30	Les défis du XXI ^{ème} siècle pour un système de santé durable	Dhr. F. Daue
10.30-10.55	Hippocrate 8.0.1 – un bio de digital	Prof. K. Kas
10.55-11.05	Questions et discussion	
11.05-11.30	Pause café	
Présentations flash – Exemples de la pratique :		
11.30-11.40	Gynaecologie, een huis met vele kamers?	Dr. J. Van Wiemeersch
11.40-11.50	De l'électroradiologie de papa à l'Imagerie médicale clinique, fonctionnelle et interventionnelle de demain : les défis de la multidisciplinarité disciplinée	Dr. J.-P. Joris
11.50-12.00	Klinische biologie of Laboratoriumgeneeskunde? Klinisch Lab of Diagnostisch Platform?	Dr. J. Frans
12.00-12.10	De l'anesthésie par la mère supérieure vers une spécialité à part entière	Dr. J.-L. Demeere
12.10-12.20	Cardiologie voor dummies, dummies voor cardioloog...	Dr. M. Vrolix
12.20-12.30	3D technologie bij de correctie van malunion: van "ongeveer juist" naar "heel precieze correctie"	Dr. F. Verstreken
12.30-12.40	La chirurgie de demain : comment s'y préparer ?	Dr. B. Mansvelt
12.40-12.50	RIZIV- versus niet-RIZIV-vergoede (r)evolutie in de MKA-chirurgie	Prof. C. Politis
12.50-13.00	Questions et discussion	
13.00	Cocktail	

➔ **3 CP ACCORDES EN ETHIQUE & ECONOMIE**

✕ -----

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° INAMI : **Adresse :**
Nom : **Code postal :**
Prénom : **Localité :**
Spécialité : **E-mail :**

Je participerai au symposium du 11.10.2014 et verse la somme de :

	<u>Avant le 23.09.2014</u>	<u>A partir du 23.09.2014</u>
Membres	55 €	70 €
Non-membres	90 €	105 €
Candidats spécialistes	10 €	10 €
Sur place	130 €	

**sur le compte IBAN : BE95 0000 7035 0258 (BIC: BPOTBEB1XXX du GBS
avec mention du nom du participant et "Symposium 11.10.2014"**

Je participerai au cocktail

Date / Signature :

Lieu

Bibliothèque Royale de Belgique
Boulevard de l'Empereur, 4
1000 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS
Loubna Hami
Avenue de la Couronne, 20 – 1050 Bruxelles
TEL. : 02/649 21 47 FAX : 02/649 26 90
e-mail: loubna@gbs-vbs.org

ANNUAL SYMPOSIUM OF THE BELGIAN SOCIETY OF RADIOLOGY (BSR) 'MEDICAL IMAGING IN ONCOLOGY' - 15.11.2014

8.30-9.00 Welcome	14.00-14.20 The increasing role of economics in the medical field L. Annemans (Ghent University)	
9.00- 9.20 RECIST and beyond E. Coche (UCL Bruxelles)	14.20-14.40 Benefit versus risk in cancer screening programs D. Tack (Epicura Baudour)	
9.20- 9.40 Assessment of tumor response to treatment using PET/CT R. Hustinx (Ulg Sart Tilman)	14.40-15.00 Radiology Training in Europe - level 1, 2, 3 B. Ertl-Wagner (ESR Education Committee Chairman)	
9.40-10.00 MRI and ovarian cancer: what to know, what to do? V. Vandecaveye (KU Leuven)	15.00-15.20 BELMIP: what is it and what is it good for? G. Villeirs (BSR President)	
10.00-10.20 Endovascular treatment of hepatocellular carcinoma: what the radiologist needs to know J. Golzarian (Minneapolis University)	15.20-15.35 Coffee break	
10.20-10.40 Image fusion during vascular and nonvascular image-guided procedures H. Kobeiter (CHU Henri-Mondor Paris)	15.35-15.45 So here's the new Belgian Society of Radiology. What now? G. Villeirs	
10.40-11.20 Coffee break	15.45-16.35 Line-up of the BSR Counsels and Working Groups 15.45-15.55 Scientific Counsel (R. Oyen) 15.55-16.05 Public Relations Counsel (P. Aerts / G. Vandebosch)	
11.20-11.40 Honorary Members (J. Golzarian et H. Kobeiter)	16.05-16.15 Extramural radiology Working Group (H. Jaspers) 16.15-16.25 Hospital reimbursement Working Group (P. Aerts) 16.25-16.35 Mission and vision Working Group (M. Grieten)	
11.40-12.00 Sarcoma's Imaging: what to do, what to know? S. Pans (KU Leuven)	16.35-16.50 What's hot in radiology defense? O. Ghekiere	
12.00-12.20 Metastatic screening: from axial skeleton and bones... to whole body... and organe. F. Lecouvet (UCL Bruxelles)	16.50-17.00 BSR Administrative Session	
12.30-14.00 Walking Dinner	<u>Registration fee</u> (including lunch): members BSR : €80 Non members : €100 Radiologists in training : €35 Deadline: 31.10.2014	
<u>Venue:</u> Military Hospital Brussels Rue Bruynstraat 1 1120 Brussels	<u>For more information on the program:</u> tel: 081/42.30.21 – fax: 081/42.30.23 e-mail: uss@uclouvain.be	
<u>Registration :</u> BSR Kroonlaan 20 Avenue de la Couronne 1050 Brussels		

MANAGEMENT GENERAL POUR MEDECINS SPECIALISTES (COURS EN NEERLANDAIS)

En collaboration avec le GBS, la EHSAL Management School redémarre en octobre 2014 le programme de formation *Algemeen Management voor Geneesheren-specialisten*. La formation comprend **11 sessions** (cours du jour) divisées en 4 modules : **Contexte juridique** (3 sessions – thèmes : *Cadre législatif, Responsabilité*), **Politique générale** (2 sessions – thèmes : *Planning stratégique et politique qualité, Balanced scorecard et Quality assurance in health care*), **Information financière et politique** (3 sessions – thèmes : *Notions comptables (balance, compte de résultats, compte annuel, règlement des frais), Financement des hôpitaux (y compris montants de référence), Gestion financière (investissement, budget, etc.)*) et **Planification financière personnelle** (3 sessions – *Travailler avec une société, Optimisation fiscale, Comportement d'investissement sain, Capacités et planification de succession*).

L'accréditation est demandée dans la rubrique Éthique et Économie pour les trois premiers modules.

Les membres du GBS ainsi que les médecins spécialistes inscrits dans les cinq premières années suivant leur agrément **bénéficient d'un tarif d'inscription préférentiel**. Un programme détaillé, le calendrier, des témoignages d'anciens participants ainsi que toutes les informations pratiques sont disponibles sur notre site Internet : www.hubrusse.be/ems (Home > Opleidingen professionals > Opleiding zoeken > Gezondheidsmanagement > Algemeen Management voor Geneesheren-Specialisten).

Les cours de cette formation sont uniquement dispensés en néerlandais.

Personne de contact : Raymonde Wauters, coordinatrice de programme, EHSAL Management School, tél. : 02-210 16 21, [raymonde.wauters\(at\)hubkaho.be](mailto:raymonde.wauters(at)hubkaho.be).

MODIFICATIONS DANS LA NOMENCLATURE

ART. 2, E, (PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE) ET 25, §§ 1, 2 ET 3BIS (SURVEILLANCE DES BENEFICIAIRES HOSPITALISES) (EN VIGUEUR LE 01.10.2014)

19 AVRIL 2014 – Arrêté royal modifiant les articles 2, E, et 25, §§ 1, 2 et 3bis, de la nomenclature (M.B. du 06.08.2014)

Le texte intégral a été envoyé dans un e-spécialiste aux membres de l'union professionnelle des médecins spécialistes en psychiatrie et peut être obtenu sur simple demande auprès du secrétariat du GBS (tél. : 02/649.21.47 – fax : 02/649.26.90 – info@vbs-gbs.org).

ART. 17, § 1, 11° (RADIOLOGIE – TOMOGRAPHIES PAR ORDINATEUR), ET § 11 (AUTORISATION AFCN) (EN VIGUEUR LE 01.10.2014)

25 AVRIL 2014 - Arrêté royal modifiant l'article 17, §§ 1, 11°, et 11, de la nomenclature (M.B. du 06.08.2014)

Article 1. (...)

1° au § 1er, 11°,

a) à la prestation 458894-458905,

1. la règle d'application qui suit la prestation est abrogée;

2. la règle d'application suivante est insérée :

"La prestation 458894-458905 ne peut pas être cumulée avec la prestation 455711-455722 ni avec la prestation 458872-458883.";

b) l'alinéa 3 des règles d'application qui suivent la prestation 458592-458603 est remplacé par ce qui suit :

"Une prestation réalisée au moyen d'une tomographie commandée par ordinateur (CT) ou au moyen d'une tomographie à faisceau conique (Cone Beam) commandée par ordinateur (CBCT) ne peut être portée en compte à nouveau qu'après une période de 30 jours.";

2° au § 11, alinéa 2, dans le texte en néerlandais, les mots "heeft erkend" sont insérés après les mots "van het algemeen reglement".

ART. 24, § 1 (BIOLOGIE CLINIQUE) (EN VIGUEUR LE 01.10.2014)

27 MAI 2014 - Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1 de la nomenclature (M.B. du 26.08.2014)

Article 1. A l'article 24, § 1 (...) modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 mars 2013, sont apportées les modifications suivantes :

1° dans la rubrique 5/Microbiologie, le libellé de la prestation 549850-549861 est remplacé par ce qui suit :

"Recherche de Clostridium difficile toxinogène dans les selles
(Maximum 1) (Règle diagnostique 37)";

2° dans la rubrique "Règles diagnostiques", dans les dispositions de la règle 37, les mots ", sauf après transplantation" sont abrogés.

ANNONCES

14108 **RADIOLOGUE** polyvalent y compris Sénologie, disponible pour une activité partielle.

Contact : brigitte@gbs-vbs.org

14106 **BRUXELLES** - CHU Brugmann recrute - Appel interne/externe • un médecin résident au service d'**OPHTALMOLOGIE** (H/F) – 11/11^e. Date de clôture : 05/10/2014. • chef de clinique adjoint au service de **RADIOLOGIE** (H/F) – 11/11^e appel. Date de clôture : 09/10/2014. Candidature (lettre de motivation et cv) doit être envoyée à gestionmedecins@chu-brugmann.be à l'att. du Dr. Daniel Désir, Dir. Gén. Méd. (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles) en mentionnant la référence. Information : site internet <http://www.chu-brugmann.be>.

14104 **BRUXELLES 1060** - Polyclinique à St Gilles cherche :

- PÉDIATRE** (pas de garde, pas de visite à domicile) ; **RADIOLOGUE** (cabinet équipé radio écho mammo) ; **DERMATOLOGUE; OPHTALMOLOGUE** (cabinet équipé) ; **ALLERGOLOGUE** (pneumologue, pédiatre ou autre spécialiste). Secrétariat : Tel : 0495 51 18 17.
- 14101 **BRUXELLES** - Le CHU Brugmann recrute un chef de clinique adjoint au département de médecine interne – clinique de **PNEUMOLOGIE** (H/F) – 11/11^e – Appel interne/externe. Candidature (lettre de motivation et cv) doit être envoyée à l'adresse suivante [gestionmedecins\(a\)chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins(a)chu-brugmann.be) à l'att. du Dr. Daniel Désir, Dir. Gén. Méd. (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles) en mentionnant la référence. Info : <http://www.chu-brugmann.be>
Date de clôture : 31/12/2014.
- 14100 **LA LOUVIERE** - Centre ALBA, Revalidation fonctionnelle de jour, région de La Louvière, engage Psychiatre 8 à 12h/semaine (pour fin 2014), barème Médecin-conseil, indépendant ou salarié. Expérience souhaitée. Envoyer CV et lettre de motivation par mail (ellipse.secretariat@skynet.be) ou par courrier (rue du Houssu 99 à 7141 Carnières) à l'attention de la Direction, Monsieur Stephan Luisetto.
- 14099 **CHIMAY** - Le CSF de Chimay recrute un médecin (H/F) spécialiste en gynécologie-obstétrique à temps plein. Candidature & CV : Dr Patrice DRIESSCHAERT, médecin en chef, 00-32.60.218.706 – Fax 00.32.60.218.779 - medecin.chef@csf.be; M. Jean-Paul LEVANT, directeur général, 060.218.761 ou 060.218.774 - Fax 00-32.60.218.779. - jp.levant@csf.be
- 14098 **BRUXELLES** - Le Creb, centre de jour pour enfants polyhandicapés à Woluwé recherche un(e) neuropédiatre ou pédiatre pour un poste de coordination (lien entre famille- institution et médecins). Convention de collaboration 9h30/sem à partir du 01/10/2014. Pour tout renseignement, contacter Madame Warlet ou Madame Reboux au 02/7768470 ou info@creb-asbl.be
- 14097 **NAMUR** - Secrétaire médicale pensionnée cherche emploi temps plein ou mi-temps dans la région namuroise (ou éventuellement le Brabant wallon). Tél. 081/312281 – 0472/913149.
- 14095 **BRUXELLES** - Le CHU Brugmann recrute : un chef de clinique adjoint au service de **DERMATOLOGIE** (11/11). Pour de plus amples informations: www.chu-brugmann.be.
Les personnes intéressées qui remplissent les conditions d'accès peuvent envoyer leur candidature (lettre de motivation et cv) à l'adresse suivante gestionmedecins@chu-brugmann.be à l'attention du Dr Daniel Désir, Directeur Général Médical (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles) en mentionnant la référence (A 24/14).
- 14094 **BRUXELLES** - L'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) recrute : un chef de service pour le service de **PEDIATRIE** (11/11) et un médecin résident pour le service de **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE** (11/11). Pour de plus amples informations : www.hudorf.be > Actualités > Jobs vacants > Secteur médical.
Les médecins qui réunissent les conditions requises et désirent se porter candidats à l'un des emplois précités doivent en informer le Prof. G. CASIMIR, Directeur Général Médical de l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, 15 avenue J.J. Crocq - 1020 Bruxelles (e-mail : georges.casimir@hudorf.be) avant le 30/09/2014.
- 14093 **STROMBEEK-BEVER** - Centre Médical au nord de Bruxelles cherche suite départ retraite **NEUROLOGUE**. Tél. 02/267.97.78 E-mail : cmsmutsaert@skynet.be Contact : Dr. VAN DEN HOVE Benoît ou Mme Lopez Florence.
- 14089 **BASTOGNE/MARCHE-EN-FAMENNE** - VIVALIA – IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **PNEUMOLOGIE**, temps plein, chef de service. Info : philippe.deleuse@vivalia.be
- 14019 Cabinet libéral de **RADIOLOGIE** situé dans centre médical, accès scanner. A céder pour départ à la retraite prochain. Accompagnement possible. Contact : 32(0)477831602 – benoit.hardy@nextep.be

Sommaire

• Point de vue du GBS sur les propositions du KCE concernant la réforme du financement des hôpitaux.....	1
• Symposium du GBS 11.10.2014 : La médecine spécialisée : d'évolution à révolution.....	9
• Annual symposium BSR: 'Medical Imaging in Oncology' – 15.11.2014.....	10
• Cours : Management général pour médecins spécialistes.....	10
• Modifications dans la nomenclature	11
• Annonces	11