
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° 8 / DECEMBRE 2001

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

QU'ADVIENDRA-T-IL APRES 2001?

Le gouvernement vient juste (14.11) de faire connaître ses décisions en réponse aux propositions formulées dans le cadre de la concertation entre les médecins, les mutuelles et également une partie des hôpitaux (la Task Force "Un agenda pour le changement dans les soins de santé"). La réponse du gouvernement (voir infra le texte intégral) est que, **pour le 15 décembre au plus tard**, les organes de concertation de l'INAMI doivent avoir élaboré une série de mesures d'économies concrètes pour un montant de 1,6 milliard sur base annuelle. Ceci implique des modifications de nomenclature et des récupérations automatiquement **opposables** au médecin conventionné individuel dans le cadre de l'accord médico-mutualiste actuellement en vigueur.

Lors de la fixation de l'objectif budgétaire global, le gouvernement avait prévu une économie de 5,08 milliards au niveau des activités médicales, dont 2,44 milliards par un report de 6 mois de l'adaptation de l'index, 1 milliard d'économies additionnelles en imagerie médicale et en biologie clinique et 1,6 milliard comme indiqué plus haut. L'avenir du médecin conventionné est imprévisible. De plus, en 2002, il peut s'attendre à des économies supplémentaires à la suite des dépassements budgétaires en 2001, ainsi qu'à des ponctions conséquentes à la demande des gestionnaires d'hôpitaux qui ne reçoivent aucune aide du gouvernement pour éponger leur déficit structurel de 17 milliards de FB.

Ci-après, nous vous communiquons quelques données comparatives récentes de l'INAMI (note C.S.S. n° 2001/318) concernant l'augmentation des dépenses cumulées 2001 par rapport à 2000 jusqu'au mois de juillet compris :

	07/2000	07/2001	objectif budgétaire		7.00/7.01
			2000	2001	%
biologie clinique	16.545,9	18.876,9	28.556,4	29.857,6	14,1
imagerie médicale	15.480,7	17.745,4	27.079,8	28.795,7	14,6
consultations	21.876,5	22.912,9	38.033,4	40.161,7	4,7
prestations spéciales	18.284,3	20.261,5	31.995,0	34.427,6	11,9
chirurgie	14.331,6	15.893,9	25.537,6	27.120,9	10,9
gynécologie	1.235,6	1.400,0	2.184,5	2.392,5	13,3
surveillance	4.606,2	4.539,9	7.427,7	7.752,9	13,1

Quelles sont vos "possibilités"?

1. Vous restez totalement conventionné : vous ne faites rien et subissez (devez subir).
2. Vous cessez d'être totalement conventionné pour devenir partiellement conventionné : vous fixez des conditions limitatives en matière de temps et de lieu (si vous êtes médecin hospitalier à temps plein ou à temps partiel 25 h/semaine; pour consultations uniquement : 20 h/semaine). Vous écrivez une lettre recommandée avant le 15.12.2001 (modèle de lettre sur www.vbs-gbs.org). Votre statut social 2002 devient 68.217 au lieu de 102.326 FB en 2001.
3. Vous sortez de la convention : si vous ne vous trouvez pas déjà dans cette situation, vous écrivez une lettre recommandée avant le 15.12.2001 (modèle de lettre sur www.vbs-gbs.org)

Examinez votre situation individuelle. En tout cas, prenez la bonne décision avant le 15.12.2001!

REACTION DU GOUVERNEMENT AU RAPPORT DE LA TASK FORCE «AGENDA DES CHANGEMENTS PREVUS DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTE»

Le Gouvernement avait demandé à monsieur Gabriel Perl de créer une Task Force chargée d'élaborer pour la fin octobre des propositions concrètes sur une série de thèmes, en particulier celui de la responsabilité financière individuelle des prescripteurs, dispensateurs et hôpitaux et celui de la réforme du financement de la biologie clinique, l'imagerie médicale et la dialyse. En même temps, le Gouvernement souhaitait des propositions de mesures qui permettraient de réaliser en 2002 les objectifs budgétaires avancés, à savoir une réduction des dépenses dans le secteur des honoraires médicaux à concurrence de 5.080 millions BEF (2.600 millions BEF, report de l'indexation des honoraires non compris).

Les activités de la Task Force ont été organisées en 4 groupes de travail :

1. Responsabilisation individuelle des médecins
2. Biologie clinique, imagerie médicale, dialyse, montants de référence
3. Nomenclature
4. Normes et répartition des coûts

Le 29 octobre, les résultats des groupes de travail 1, 2 et 4 ont été examinés en séance plénière de la Task Force, et les rapports ont été transmis par le président. Une note du Dr de Toeuf, président du Conseil technique médical, concernant des propositions de modification de la nomenclature a été transmise plus tard sans avoir été soumise au préalable à la Task Force.

Le Gouvernement est parfaitement conscient des gros efforts qui ont été faits ces trois dernières semaines et souhaite adresser ses remerciements chaleureux aux nombreux participants à la concertation et en particulier au président. Dans certains domaines, des progrès considérables ont sans aucun doute été enregistrés et il convient de consolider et d'approfondir encore ces progrès. D'autres aspects méritent une plus grande mise au point. Dans sa réaction, le Gouvernement souhaite formuler sur les différents rapports un certain nombre de remarques et suggérer des solutions. Simultanément, il est proposé un agenda et un calendrier pour un nouveau tour de concertation qui doit apporter des solutions définitives aux questions importantes qui se posent aujourd'hui dans le secteur des soins de santé.

Groupe de travail 1 : Responsabilisation individuelle des médecins

1. À la lumière de l'«Agenda des changements prévus dans le secteur des soins de santé», le groupe de travail a inscrit à l'ordre du jour des éléments pertinents qui – s'ils sont effectivement rendus opérationnels – offrent une réponse aux questions à examiner dans les propositions. Le rapport du groupe de travail peut être considéré comme un inventaire des éléments à intégrer dans un système de responsabilisation individuelle des médecins généralistes.

Pour autant que ce système soit rendu opérationnel conformément au calendrier avancé dans la présente note, la réponse de la Task Force à la lettre du Premier ministre en ce qui concerne la partie «responsabilité individuelle» peut être considérée comme une avancée importante. Les efforts intenses du groupe de travail dirigé par monsieur De Cock et la documentation circonstanciée fournie tant par le Service que par certains membres sont donc appréciés.

2. Les activités du groupe de travail se sont concentrées sur un système de responsabilisation des médecins généralistes. Étant donné le peu de temps imparti et le calendrier avancé dans le rapport intérimaire définitif du 28/09/2001, un accord peut être donné. Il faut poursuivre les activités du groupe de travail en ce qui concerne les spécialistes. Un rapport approuvé par la Task Force doit être soumis le 31/01/02.

3. Le point 2 du rapport (inventaire des paramètres) précise que le groupe de travail est prêt à poursuivre l'examen des paramètres proposés à la lumière des lignes directrices disponibles. Par ailleurs, le point 1 mentionne un accord sur l'engagement nécessaire des pouvoirs publics, des groupes professionnels et des mutualités. De plus, le groupe de travail propose d'associer le Conseil national de la Promotion de la Qualité (créé par AR du 13/07/2001, publié au Moniteur belge 29/08/2001) aux thèmes et paramètres éventuels pour les actions concrètes de responsabilisation. Le CNPQ répond, tant par sa composition que par ses missions, à l'idée de «co-sharing». Pour cette raison, le ministre souhaite obtenir un accord des partenaires de la Task Force sur la désignation du Conseil national de Promotion de la Qualité comme organe fixant les données et les paramètres pour l'évaluation de la responsabilité individuelle.

Les diverses parties représentées au sein du CNPQ sont invitées à déposer les candidatures au plus tard le 20/11/01. Le CNPQ sera installé dans le courant du mois de décembre. En attendant le début des travaux du CNPQ, le groupe de travail peut poursuivre ses activités relatives aux questions comprises dans les points ci-après.

4. Les données et les paramètres

Le groupe de travail signale à juste titre l'importance de données récentes, standardisées suivant des données objectives relatives aux patients, qui tiennent compte du sexe, de l'âge et de la catégorie sociale. Les décisions sur la pertinence des paramètres indiqués ne pourront être rendues que si au moins des données validées pour chacun des paramètres sont disponibles. Pour chaque paramètre, il faudra évaluer les constatations sur la variance en matière de pratique¹. Il est essentiel que les médecins généralistes aient connaissance, au 1/7/2002 (et les spécialistes, au 1/1/2003) par la voie de l'INAMI, des paramètres sur la base desquels ils seront évalués, d'autant plus que les résultats de 2002 auront des implications financières. Aussi est-il indispensable que les paramètres soient fixés avant le 1/7/2002 et que chaque médecin et chaque GLEM ou cercle puissent se situer. Pour cette raison, nous estimons nécessaire que sur la base des données 2000 et pour les paramètres pour lesquels des données sont disponibles, un exercice de responsabilisation soit déjà effectué sous la forme 1) d'une simulation (sur la base ou non d'un échantillon représentatif) en fonction de laquelle les données à collecter et les paramètres à mesurer seront établis et 2) d'une communication des paramètres et des données 2000 avant le 1/7/2002. Toujours dans le cadre du même exercice de responsabilisation, pendant le second semestre 2002, seront communiquées les données qui constitueront le point de comparaison pour l'évaluation des données 2002.

Il va de soi que la fixation des critères de chaque paramètre constitue un point important. En fait, le groupe de travail fait une distinction entre trois situations possibles :

- a) la «pratique optimale», qui donne lieu à un bonus
- b) la «pratique susceptible d'amélioration», qui donne lieu à un bonus si une amélioration effective est constatée
- c) la «pratique inacceptable».

Pour chaque paramètre, il convient de fixer les points de discrimination. Cette opération n'aura de sens que si elle est effectuée sur la base de la simulation précitée. À cet égard, la valeur affectée au seuil de pratique optimale pourrait par exemple être les 20% des médecins généralistes obtenant les meilleurs résultats. Suivant la nature du paramètre, il conviendra d'établir ce qui doit être considéré comme optimal, sur la base de données à la fois qualitatives et quantitatives (par exemple au moyen d'une analyse par box plot ou par des courbes de distribution de Gauss). À ce sujet, des précisions doivent aussi être apportées sur le statut des valeurs inférieures, leur interprétation à la lumière d'une éventuelle sous-consommation et les effets y afférents.

Le choix qu'a opéré le groupe de travail d'utiliser des données objectives et affinées concernant la patientèle peut être approuvé. Il convient toutefois d'attirer l'attention sur deux situations particulières :

1. La situation des médecins généralistes en formation qui suivent un stage au cabinet d'un maître de stage en médecine générale. Puisque le MGF atteste les contacts-patients au nom du maître de stage et signe les prescriptions sous son propre nom, il est indispensable de joindre les données de ces deux médecins.
2. La situation des médecins généralistes dans les maisons médicales appliquant le paiement forfaitaire : étant donné qu'il ne peut être question ici d'attestation de contacts-patients et que, par ailleurs, dans les maisons médicales, la patientèle est connue, les données, les paramètres et les incitants financiers (boni et sanctions) doivent être fixés par maison médicale.

¹ De surcroît, des informations complémentaires devront également être collectées pour évaluer les paramètres dans leur contexte exact. Ainsi par exemple, l'annexe n° 4 du rapport du groupe de travail montre qu'il existe des différences considérables quant au nombre de consultations chez le cardiologue selon le domicile des bénéficiaires. Ces différences peuvent avoir une influence sur les paramètres relatifs au comportement en matière de prescription des médicaments cardiovasculaires. Ainsi, dans tous les cas, la consommation totale devra être vérifiée pour les paramètres considérés, afin de pouvoir tenir compte des différences concernant la part des prestations prescrites par les médecins généralistes et par les spécialistes.

Le rapport du groupe de travail n'indique pas de date à partir de laquelle l'évaluation aura des effets pour les médecins généralistes récemment établis. Dans la pratique, il pourrait être proposé qu'à partir de l'année N + 2 suivant la première année après laquelle une patientèle peut être observée, la responsabilité individuelle peut avoir des effets.

Il est demandé au groupe de travail de trouver un accord sur les divers aspects examinés au point 4 et de se prononcer en particulier sur :

- a) un modèle de simulation de données et de paramètres;
- b) un calendrier pour la réalisation de la simulation, la conclusion de la simulation (données, paramètres, détermination des points de discrimination), la fixation des données et paramètres à communiquer aux médecins généralistes, la date de communication;
- c) la résolution des problèmes spécifiques : fixation des valeurs inférieures; médecins généralistes en formation; médecins généralistes en maisons médicales; pour les nouveaux cabinets, année pendant laquelle l'évaluation est suivie d'effets pour la première fois.

5. Affiner les données sur la base de l'enregistrement des caractéristiques de morbidité, sur la base de la CISP (International Classification of Primary Care) est une suggestion judicieuse qui, cependant, ne peut pas être réalisée d'emblée. À ce sujet, il convient de souligner les moyens prévus pour la télémédecine et le dossier médical électronique à partir de 2002, au sujet duquel un accord doit être obtenu au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. Ces moyens permettent en premier lieu de fournir à 6.000 médecins généralistes une intervention pour un contrat d'entretien pour un logiciel homologué prévoyant entre autres la codification CISP. Il est demandé au groupe de travail d'apporter des précisions sur la manière dont les caractéristiques de morbidité devraient être utilisées, vu d'une part les moyens prévus dans l'accord national et d'autre part l'impossibilité de prendre d'emblée ces données en ligne de compte.

6. Incitants financiers et procédures

La proposition de prévoir en matière de comportement justifié des incitants positifs tant au niveau du prescripteur individuel qu'à celui d'un GLEM ou d'un cercle de médecins généralistes peut être approuvée. Cela vaut également pour l'approche des médecins chez qui aucune amélioration n'est constatée ou lorsque des anomalies flagrantes sont constatées. En ce qui concerne cette dernière, il est proposé d'appliquer dans le courant de 2002 le point 4.c du rapport du groupe de travail. L'effet de cette mesure ainsi que des mesures de responsabilisation dans les hôpitaux est budgété pour 2002 à 400 millions (sans les effets d'annonce) et est réalisé en réduisant ou supprimant par exemple certaines interventions comme les honoraires d'accréditation.

Il est évident que tant les incitants positifs que négatifs au niveau individuel doivent être suffisamment importants pour avoir un effet substantiel. Une partie de la masse globale des honoraires peut être réservée au financement de ces incitants.

Le rapport n'est pas assez précis quant à la nature et l'importance des incitants. Eu égard à l'accord visant à prévoir en 2003 des implications financières sur la base des données de l'année 2002, la fixation d'une base juridique dans la loi coordonnée est particulièrement urgente. Il est d'autant plus nécessaire de pouvoir recourir à l'application de sanctions proposée pour 2002 en cas de pratiques manifestement inacceptables. Par conséquent, il est extrêmement important d'obtenir rapidement un accord sur les modifications nécessaires de la loi afin de permettre à partir de l'année 2003 des conséquences financières dans le sens positif ou négatif sur la base des données depuis l'année 2002. Plus particulièrement, il faut établir avec précision quelles sont les conséquences positives et négatives possibles, les situations dans lesquelles ces conséquences se produisent, leur caractère automatique et la manière dont le principe de renversement de la charge de la preuve sera appliqué, par respect pour les droits de la défense.

Ensuite, le groupe de travail doit trouver un accord sur les autres aspects des points 3 et 4 du rapport, et plus particulièrement la nature et l'importance des incitants positifs qui font une nette distinction selon les résultats constatés, le financement de ceux-ci par la masse globale d'honoraires, la nature de la procédure de monitoring, le rôle spécifique des GLEM ou des cercles et de la Commission paritaire des médecins généralistes.

Il est demandé au groupe de travail de fournir des précisions sur la taille du groupe de médecins généralistes dont on attend qu'ils entrent en ligne de compte pour un incitant positif par rapport à l'ensemble du groupe des médecins généralistes.

7. Questions prioritaires particulières

Il convient d'abord de rappeler la demande de faire jouer la responsabilité individuelle sur un large éventail de prestations prescrites dans chacun des trois domaines (biologie clinique, imagerie médicale et médicaments). Vu le grand nombre de paramètres proposés, il est demandé au groupe de travail des précisions sur la manière dont plusieurs paramètres doivent être réunis pour pouvoir évaluer la responsabilité individuelle sur un vaste champ d'application et ce, sans porter préjudice à sa transparence. - Plus précisément, on pourrait penser à une combinaison de paramètres généraux et spécifiques et ce, dès le premier exercice de responsabilisation, pour chacun des domaines considérés lorsqu'il s'agit d'établir des «bonnes pratiques» et pour une évaluation de chaque paramètre distinct ou d'un nombre minimum de paramètres lorsqu'il s'agit de «pratiques inacceptables». -

Deuxièmement, l'idée de manager de la qualité est avancée. À ce sujet, l'accent peut être mis sur des actions thématiques de la cellule d'information (AINS [non stéroïdal anti-inflammatoire], antibiotiques) approuvées par le Groupe de direction de l'accréditation. Pour ces actions, il a été prévu de former des animateurs et de les rémunérer pour conduire une discussion thématique dans un GLEM. Mieux vaudrait mener la suite du débat sur le modèle de manager de la qualité au sein du Conseil national de la Promotion de la Qualité, qui, en ce qui concerne la cellule d'information comme canal d'information rapide et objectif et l'utilisation des moyens de soutien au fonctionnement des GLEM, sera aussi l'organe de concertation le plus adéquat.

Troisièmement, le rapport souligne à juste titre la responsabilité du patient, comme le ministre et le Premier ministre l'ont demandé. La généralisation du DMG en constitue une étape importante et nécessaire. La généralisation prévue pour le 1/5/2002 se fonde sur un taux de participation de 30% pour la population âgée de moins de 50 ans. Pour la population âgée de plus de 50 ans, le DMG concerne en ce moment à peu près 50%. Ces pourcentages doivent être relevés de manière considérable dans les meilleurs délais, par un assouplissement des conditions d'ouverture et de prolongation du DMG et par une majoration de la rémunération du médecin généraliste. Les moyens nécessaires en plus des moyens déjà libérés par le Gouvernement doivent donc être libérés dans la masse d'honoraires des médecins.

Le Gouvernement constate que le groupe de travail fait plusieurs suggestions concernant la responsabilité du patient et demande des informations plus précises à propos de l'instauration des tickets modérateurs qui diffèrent selon le parcours que suit le patient.

Un point important de la problématique, qui n'est pas abordé par le groupe de travail, est la demande de données du DMG lorsqu'un patient consulte un spécialiste. Il est demandé au groupe de travail de s'accorder sur un système qui incite certains spécialistes à réclamer plus systématiquement des informations contenues dans le DMG.

La proposition d'organiser une campagne de sensibilisation efficace en vue de promouvoir la médecine générale et les permanences de médecins généralistes sera réalisée. À ce sujet, il est également fait référence au point N.3 de l'Accord national médico-mutualiste du 18 décembre 2000 qui prévoit des mesures pour améliorer l'organisation et l'accessibilité des permanences de médecins généralistes.

Enfin - mais c'est d'autant plus important - la question se pose de savoir où collecter et traiter les données qui constituent la base d'un système impliquant des conséquences positives et négatives individuelles. À cet égard, il convient de mettre en place une solution structurelle et équilibrée qui lie la fonction obligatoire des pouvoirs publics en la matière au rôle important des organismes assureurs dans la collecte et le traitement de données. Au plus tard cette année encore, le Gouvernement prendra une décision en la matière et en informera les membres de la Task Force.

Il est demandé au groupe de travail de marquer son accord au plus tard le 15/12/2001 sur la désignation du Conseil national de Promotion de la Qualité comme organe établissant les données et les paramètres pour l'évaluation de la responsabilité individuelle et de trouver un accord sur les modifications qui s'imposent dans la loi visée au point 6 de la présente note.

Par ailleurs, le groupe de travail est prié de trouver, le 15/12/2001 au plus tard, un accord sur les autres aspects qui ont été examinés aux points 4 à 7 de la présente note.

Groupe de travail 2 : Biologie clinique, imagerie médicale, dialyse, montants de référence

Pour éviter que les nouveaux modes de financement forfaitaire en biologie clinique, en imagerie médicale et en dialyse, ainsi que le système de montant de référence pour les traitements de routine, n'entraînent une

sélection des patients et/ou des traitements de routine, une évaluation continue des facteurs sociaux et de santé publique sera effectuée selon des modalités restant à déterminer. Il est demandé au groupe de travail de faire des propositions en la matière.

1. Adaptation du financement de la biologie clinique

Adaptation de la procédure d'établissement de l'enveloppe annuelle

Le groupe de travail propose de remplacer la procédure actuelle, selon laquelle le budget global est établi par le Roi après avis du Conseil général et du Comité de l'Assurance, par une procédure accélérée dans laquelle ce budget serait établi par le Conseil général à l'unanimité des cinq représentants du Gouvernement, sur proposition ou après avis de la Commission nationale médico-mutualiste et après avis du Comité de l'Assurance. Cette modification requiert une adaptation de la loi, et le Gouvernement prendra une initiative à cette fin.

Adaptation du système d'honoraires forfaitaires pour les prescriptions en ambulatoire

Le Gouvernement est d'accord que tous les moyens légaux doivent être utilisés pour appliquer les principes contenus dans l'arrêté royal n° 143. En ce qui concerne les forfaits de prescription ambulatoires, le Gouvernement estime qu'il est indiqué de revenir à 4 honoraires forfaitaires différents par prescription, avec des honoraires dégressifs pour les prescriptions les plus importantes. Le but de cette mesure est de décourager les prescriptions onéreuses en augmentant les forfaits de manière non proportionnelle par les montants prescrits. Il va de soi que ce retour doit aller de pair avec une adaptation des montants forfaitaires afin de tenir compte de la réduction opérée au niveau du remboursement à l'acte et dans le respect du budget prévu. Du point de vue technique, il semble indiqué de conserver, pendant le premier semestre 2002, le système des 8 forfaits de prescription et de calculer les différences algébriques, fixées pour les années 1999 et 2000 (article 59) de sorte à assurer que dans la pratique, le système appliqué compte moins de forfaits jusqu'à concurrence de 744,9 millions BEF². Pendant le second semestre, dans le prolongement de cette mesure, le nouveau système pourra être instauré.

Adaptation des honoraires forfaitaires par jour pour les patients hospitalisés

Le groupe de travail propose de calculer désormais les forfaits sur la base des données de référence de la dernière année disponible. Conjointement à la nouvelle procédure d'établissement de l'enveloppe annuelle, cette initiative permettra de publier définitivement les forfaits journaliers avant le 1^{er} janvier de chaque année de sorte à éviter les retards et les montants de rattrapage. L'AR en question sera adapté en ce sens.

Le Gouvernement se rallie à la position du groupe de travail selon laquelle les données RCM-RFM couplées doivent être instaurées au plus tôt et que les APR-DRG doivent servir de base aux critères de répartition, étant donné le lien qui existe entre d'une part la pathologie et d'autre part la consommation et les coûts de biologie clinique. Le groupe de travail déclare que les données utilisées doivent être récentes d'une part et validées et contrôlées d'autre part.

Il convient de signaler qu'au début de 2002, les données RCM validées de l'année 2000 seront disponibles. Par conséquent, dès le courant de 2002, l'établissement des forfaits journaliers pourra se baser sur le cas-mix (les APR-DRG) de 2000. Ce faisant, il est tenu compte de la première remarque du groupe de travail. En la matière, il n'est pas si important que les résultats de biologie clinique soient calculés par DRG sur la base des données couplées d'une année moins récente étant donné que ces résultats fluctuent peu pendant une brève période.

En ce qui concerne le contrôle de l'enregistrement des données cliniques minimales, il est constaté que celui-ci est trop sporadique et trop tardif et que jusqu'à présent, des sanctions n'ont pas été prises. Le Gouvernement estime à ce sujet que le nouveau système d'APR-DRG (remplaçant les AP-DRG) se prête moins à la manipulation des données et que par conséquent, il peut être utilisé sans réserve sérieuse. Néanmoins, le Gouvernement prend les initiatives nécessaires pour mieux organiser le système de contrôle, à savoir par un contrôle sélectif sur la base de clignotants, et de l'élargir en ce sens que le nombre de médecins contrôleurs doit s'accroître. De plus, le Gouvernement a prévu dans le projet de loi portant des mesures en matière de soins de santé qui est actuellement examiné au Parlement, la possibilité de sanctionner les enregistrements frauduleux.

² Ensuite, un montant de 137,7 millions BEF est récupéré dans les forfaits d'hospitalisation de jour. Le montant total de la récupération est par conséquent de 882,6 millions BEF.

Dans une perspective plus large, le Gouvernement estime qu'une concertation doit être organisée sur le rôle que les organismes assureurs peuvent remplir dans la politique des hôpitaux entre autres au niveau du contrôle des données, de la politique d'admission justifiée et de la pratique médicale efficiente. Il invitera les organismes assureurs et les organisations d'hôpitaux et des médecins à cet effet.

La Commission RCM sera chargée d'activer le travail au sujet d'un contrôle sélectif sur la base des clignotants.

En ce qui concerne encore les données utilisées, le Gouvernement est d'avis que la banque de données RCM-RFM doit être actualisée à bref délai. En effet, les données couplées de l'année 2000 doivent être rapidement mises à disposition de façon à pouvoir être utilisées dans divers systèmes de financement et dans divers programmes d'inventariage et d'évaluation des différences de pratique. Les RFM 2000 doivent être collectés à cette fin à bref délai.

Les remarques ci-dessus concernant l'actualisation et le contrôle des données valent également pour l'imagerie médicale et les montants de référence. Elles ont aussi de l'importance pour l'instauration du nouveau financement du budget du prix de journée à partir du 1^{er} juillet 2002.

Sur la base de ce qui précède, le Gouvernement décide de commencer, le 1^{er} juillet 2002, par un nouveau système de calcul des forfaits journaliers. Ce calcul peut se baser pour la majeure partie sur les APR-DRG (ce qui permet de prendre en compte tous les groupes de pathologie, alors que le système actuel de DRGi est basé sur une sélection) et pour la partie restante sur une valeur moyenne nationale par type de lit (le calcul d'un nombre de lits intensifs ne pouvant plus se fonder sur la liste existante de prestations de réanimation). Pour que le passage de l'ancien système au nouveau reste financièrement supportable pour les hôpitaux, il est décidé de répartir pendant la première année (du 1^{er} juillet 2002 au 30 juin 2003) les forfaits journaliers pour moitié suivant la méthode actuelle et pour moitié suivant la nouvelle méthode. Enfin, le Gouvernement est d'accord qu'il ne faut pas faire de distinction entre les hôpitaux universitaires et les non-universitaires et que la différence pour les établissements universitaires et les hôpitaux et services assimilés (suivant des critères à préciser) doit être transférée vers la nouvelle partie B7 du budget hospitalier qui prévoit un financement spécifique pour les missions spécifiques de formation et la recherche appliquée (ou vers la partie B4). Ce transfert doit d'ailleurs s'appliquer aussi à partir de l'imagerie médicale et la dialyse.

Section hospitalisation ambulatoire

Le Gouvernement approuve de déplacer la biologie clinique pratiquée en hospitalisation de jour de la partie «ambulatoire» vers la partie «hospitalisée». Dans ce contexte il convient de tenir compte du fait qu'à partir du 1^{er} juillet la partie hospitalisation de jour chirurgicale sera reprise dans le budget de l'hôpital et qu'elle ne sera plus imputable via un forfait ambulatoire.

Le groupe de travail propose aussi de maintenir une imputation séparée des deux composantes, en application de l'article 59, mais d'appliquer le principe des vases communicants jusqu'à une différence maximale encore à fixer (2 %), si la sous-utilisation d'une des composantes va de pair avec un dépassement de l'autre. Cette adaptation requiert une modification de la loi, dont le Gouvernement prendra l'initiative.

Autres aspects

En ce qui concerne la biologie moléculaire, l'expérience actuelle, permettant une évaluation des ces nouvelles techniques par les Centres pour le Diagnostic moléculaire, doit être continuée et le Comité national doit élaborer ses propositions relatives au financement le plus adéquat des prestations visées.

2. Adaptation du financement de l'imagerie médicale

Il est constaté que les activités dans ce dossier ont moins progressé et il est proposé que le groupe de travail continue ses activités. Pour un nombre de points il peut être renvoyé à d'adaptation du financement de la biologie clinique et les mêmes modalités peuvent être appliquées. Le Gouvernement est d'avis que le taux de forfaitarisation dans l'imagerie médicale, à l'exception de l'échographie, de la coronarographie, doit être porté à 60%. La forfaitarisation permet de contrecarrer les effets d'accroissement de la consommation inhérents à un système de paiement par prestation. Pour les patients hospitalisés, il peut être opté pour la méthode qui est d'application pour la biologie clinique. Dans le secteur ambulatoire il convient de rechercher un système de forfaits pour les prescriptions qui soit adapté la spécificité du secteur et qui n'incite pas à plus de prescriptions ou à des prescriptions plus chères.

Dans ce contexte il est souhaitable que le nombre et le montant des prescriptions (en biologie et en imagerie) soient un paramètre dans le cadre de la responsabilisation individuelle du prescripteur. Il est

également indiqué de limiter, par une modification de la nomenclature et sur la base de propositions du CTM, la liberté de prescription en ce sens que les médecins ne puissent pas tous prescrire toutes les prestations d'imagerie médicale. Une attention particulière sera accordée à l'auto-prescription où une responsabilité budgétaire spécifiquement élaborée qui s'étend à tous les médecins exécutant l'imagerie médicale, doit être examinée. Etant donné que les techniques de l'imagerie médicale évoluent très vite, il ne semble pas recommandé de scinder le budget global en budgets séparés par technique.

3. Adaptation du financement de la dialyse

Le Gouvernement approuve le concept d'un montant hebdomadaire qui, indépendamment de la technique de traitement suivie, soit le même pour chaque patient inscrit dans un centre de tutelle. Le Gouvernement demande de rechercher un consensus en ce qui concerne la ventilation du montant hebdomadaire entre un forfait pour le gestionnaire et un honoraire pour le médecin. Cette ventilation peut se baser sur une répartition qui existe actuellement dans la dialyse chronique à l'hôpital ou peut être le résultat d'une analyse réelle des coûts. Quant au moratoire, le Gouvernement demande que les avantages et les inconvénients soient clarifiés.

4. Montant de référence pour des traitements de routine

Il est constaté que le groupe de travail accepte le principe du montant de référence dans la mesure où il est appliqué à des interventions courantes d'application fréquente, mais que des implémentations concrètes y afférentes ne sont pas proposées, sauf sur le plan de la sensibilisation avec une éventuelle sanction financière. Le Gouvernement est d'avis que ces propositions ne répondent pas à sa demande de mettre en place des techniques opérationnelles, qui permettraient d'éliminer des mécanismes d'utilisation non appropriée dès 2002. Il souhaite donc avancer une double proposition. En premier lieu, il souhaite que le 1^{er} janvier 2003, pour chaque hôpital, un budget prospectif des prestations médicales et des médicaments pour les traitements de routine soit instauré. En matière de prestations médicales, il s'agit d'un budget prospectif d'honoraires qui ne figure pas dans le budget du prix de journée. Les précisions nécessaires doivent être mises au point quant aux modalités techniques et au rythme d'instauration du système. Ce budget prospectif peut couvrir un pourcentage déterminé des prestations sélectionnées. Le maintien d'un paiement à l'acte permet en effet de faire en sorte que l'information concernant les prestations effectuées reste disponible. Ceci permet également de prévoir un financement variable pour les hospitalisations de routine qui par rapport à l'année de référence sont réalisées en plus ou en moins. Pour réaliser une bonne répartition des risques et afin d'éviter toute sélection de patients, un nombre suffisamment grand de traitements doit être sélectionné. À cette occasion, un système de monitoring du case-mix par hôpital sera instauré sur la base d'un système de clignotants. Pour pouvoir tenir compte d'une manière précise des différences en pathologie et en complexité, l'utilisation du APR-DRG est nécessaire. Il va de soi qu'il est évident que des données actuelles doivent être utilisées aussi bien sur le plan de la pathologie que sur le plan de la consommation. L'introduction d'un tel budget peut engendrer des adaptations des budgets existants pour la biologie clinique et pour la radiologie, étant donné que ces derniers contiennent aussi des coûts relatifs aux traitements de routine. Comme le fait remarquer le groupe de travail, il importe de bien connaître la composition des montants qui réfèrent aux composantes différentes. Le groupe de travail est invité à poursuivre l'élaboration d'un tel système.

En attendant qu'un tel système puisse être introduit et dans le cadre des mesures d'économie demandées par le Gouvernement, il convient de travailler en 2002 sur une récupération sélective auprès des hôpitaux qui présentent un profil de consommation aberrant en matière de prestations médicales. En partant de l'hypothèse que l'adaptation de la nomenclature de 1,6 milliards de BEF à préparer par le Conseil technique médical, ne peut être introduit qu'à partir du 1^{er} avril, une partie de l'économie prévue, soit 400 millions de BEF, ne peut être réalisée. C'est ce montant qui, par le biais de la récupération sélective, peut être économisé. Ceci signale clairement aux hôpitaux que la surconsommation n'est pas financée et est simultanément une démarche transitoire vers l'introduction d'un budget prospectif.

Le Gouvernement propose que, sur la base des données RGM-RFM les plus récentes, une retenue provisionnelle soit pratiquée au cours de l'année 2002 auprès des hôpitaux où il est constaté qu'ils dépassent une norme définie pour un nombre minimum de traitements de routine (par exemple 120% de la moyenne, soit le montant médian). Une récupération des moyens qui tient compte de la hauteur du dépassement doit être effectuée auprès des établissements ainsi sélectionnés. Le montant ainsi retenu a un caractère provisionnel dans ce sens qu'il sera recalculé par après avec le montant qui sera fixé suivant la même méthode sur la base des données de l'année 2002 même. Les hôpitaux et leurs médecins ont ainsi la possibilité d'adapter leur comportement. L'imputation en 2004 sur la base des données de 2002 ne donnera pas lieu à une restitution globale du montant retenu, mais uniquement à une autre répartition entre les hôpitaux. Il est demandé au groupe de travail d'élaborer les modalités de cette récupération (choix des APR-DRG, fixation de la norme, sélection des hôpitaux). La perception de cette récupération auprès des

médecins doit être encore développée sur le plan technique en ce sens que cette récupération entraîne une réduction de des dépenses de l'assurance et non pas une augmentation des recettes de l'assurance-maladie. L'introduction de ce système de la récupération sélective requiert une modification de la loi. Les mécanismes précités permettent d'orienter la méthode de la récupération linéaire actuellement appliquée, qui ne fait donc pas de distinctions en matière de performance de la pratique médicale, vers des systèmes qui tiennent effectivement compte de cette performance.

5. Economies à réaliser

Le groupe de travail propose d'économiser un montant de 1 milliard de BEF dans les secteurs de la biologie clinique et de l'imagerie médicale par le biais d'une diminution des composantes forfaitaires. Le Gouvernement part de l'hypothèse que cette économie sera proportionnellement répartie (donc en fonction des dépenses) entre les deux secteurs et entre leurs composantes. Ces économies sont réalisées avant l'application du transfert vers la B7. Comme il déjà été mentionné, cette économie ira de pair dans le secteur de l'imagerie médicale avec une part plus importante de l'indemnité forfaitaire.

6. Calendrier

Il est demandé au groupe de travail de trouver au plus tard pour le 15 décembre 2001 un consensus au sujet des aspects susmentionnés.

Groupe de travail 3 : nomenclature

Le Gouvernement a demandé à la Commission nationale médico-mutualiste de préparer une nomenclature qui pourra être introduite dès le 1er janvier 2002 et qui répond à un nombre d'objectifs.

Les propositions doivent contenir des modifications sur le plan des règles pour le cumul, le regroupement de prestations, l'adaptation des tarifs aux coûts réels, une définition précise des indications, la suppression des prestations obsolètes... pour que les actes médicaux efficaces soient orientés sur la base de cette nomenclature.

Les propositions de nomenclature transmises par le Président du Conseil technique médical ne sont pas encore assez concrètes. Bien que la note contienne un nombre de réflexions intéressantes comme en ce qui concerne l'examen préopératoire ou l'instauration d'un plafond aux actes techniques en combinaison avec l'honoraire de la consultation ou la limitation de prestations fréquentes dans le domaine de l'imagerie médicale ... en ce qui concerne l'implémentation d'une adaptation concrète de la nomenclature, n'a pas encore progressé. Le Gouvernement demande par conséquent que la Commission nationale médico-mutualiste approuve avant le 15 décembre une modification de la nomenclature pour un montant de 1,6 milliard de BEF sur une base annuelle. Si ce montant n'est pas atteint ou si les propositions ne correspondent pas aux points de départ ou aux objectifs du Gouvernement, le Gouvernement prendra lui-même des initiatives. Le Gouvernement accorde ainsi plus de temps que prévu pour les propositions relatives à une adaptation de la nomenclature. D'autre part, le Gouvernement, à défaut d'un accord dans la commission nationale qui réalise l'objectif fixé, devra pouvoir intervenir très rapidement. Pour cette raison, le Gouvernement propose une modification de la loi à effet temporaire qui permette au Roi de modifier la nomenclature pendant la période du 1^{er} janvier au 30 avril 2002 en dehors des procédures prévues à l'article 35, §2, après avis du CTM dans un délai de 10 jours ouvrables. Cette modification de loi ne peut entraîner la dénonciation de l'accord.

Groupe de travail 4 : normes et répartition des coûts

En matière de normes, le Gouvernement constate une tendance à évoluer d'une politique axée sur des données structurelles à une politique qui prend la qualité davantage en compte. A terme, les normes quantitatives (notamment le niveau minimum d'activité requis ainsi que le cumul des agréments («effet en cascade»)) devront disparaître là où cela s'avère nécessaire. Dans le cadre du nouveau financement hospitalier, les hôpitaux seront par ailleurs évalués différemment : l'élément clé portera sur la politique des admissions justifiées. A l'avenir, l'accent sera dès lors davantage placé sur l'accréditation de l'activité hospitalière que sur le contrôle de toute une série de normes détaillées.

Le Gouvernement est d'avis que l'élaboration des propositions relatives à la révision des normes pour les hôpitaux comme mentionnée sous les points 1.1 et 1.2.1 sera poursuivie et demande de fournir une définition précise de cette mission au Conseil national pour Etablissements hospitaliers. Quant à l'évaluation des activités médicales tant en ce qui concerne les collèges de peer review qu'à la lumière du financement des hôpitaux, la Structure de concertation peut être reprise.

La Task Force est d'avis que l'élaboration des méthodes et des techniques d'évaluation de l'activité hospitalière doit avoir lieu de manière simultanée à la suppression des normes structurelles. On ignore toutefois encore s'il existe des techniques fiables d'évaluation de la qualité qui pourraient remplacer toutes les normes d'agrément actuelles. Le Gouvernement demande d'examiner la question.

La Task Force estime qu'il convient de revoir la limitation du nombre de services, de fonctions et de programmes au sein des hôpitaux.

En ce qui concerne la programmation des appareils pour diagnostics, il est d'une part référé à une « health technology assessment » et d'autre part à une enveloppe fermée.

Une "health technology assessment" doit permettre d'évaluer si une technique ou un traitement répond aux conditions permettant leur généralisation. Suivant le Gouvernement, ces prémisses peuvent être acceptées. Toutefois, elles n'impliquent pas que tous les hôpitaux doivent offrir une technologie diagnostique. Le Gouvernement estime également qu'il convient d'examiner s'il ne vaut pas mieux offrir certaines technologies dans le cadre des formes de collaboration existantes. Cela peut apporter certains avantages en matière de collaboration structurelle interhospitalière, en matière de limitation de la surconsommation, de maîtrise budgétaire, de qualité offerte – qui reste toutefois liée à un niveau d'activité - et réduit le risque d'une exploitation déficitaire.

Le Gouvernement est donc d'avis que, en ce qui concerne les services de médecine nucléaire avec un pet-scaner, une évaluation sur base d'une HTA doit être effectuée avant que les arrêtés en la matière soient adaptés ou supprimés. Il chargera par conséquent un groupe d'experts internationaux indépendants en matière de HTA, concernant des domaines d'application cliniques (notamment l'oncologie) et relatif à la médecine nucléaire, soit chargé d'examiner la situation belge et de formuler des recommandations. Il convient cependant de relever la remarque dans la lettre ouverte émanant de certaines organisations flamandes des médecins généralistes qu'une suppression de la programmation sans régulation du flux des patients, implique le danger d'une explosion des coûts. Le Gouvernement sera particulièrement attentif aux implications budgétaires d'une éventuelle adaptation ou suppression des arrêtés concernant la programmation.

A cet égard, on préconise de décourager l'utilisation de certains types d'équipements dépassés en procédant, dans le cadre de la "health technology assessment", au « déclassement » des équipements en question, ce qui entraînerait le non-remboursement. Le Gouvernement estime que l'on doit interdire également que les patients doivent supporter, d'une manière ou d'une autre, les frais de ces techniques dépassées.

Le Gouvernement prend note que la Task Force estime qu'une réforme des structures de concertation et de consultation « Hôpitaux » est indiquée en vue de garantir davantage de cohérence entre les différents mécanismes de politique en matière d'agrément, de programmation, de financement des hôpitaux et d'évaluation des activités hospitalières. A cet égard, il est opportun que les trois parties réunies au sein de la Task Force rendent un avis de concert pour un certain nombre d'activités hospitalières.

Répartition des coûts

Le Gouvernement a pris note des propositions de la Task Force en matière de répartition des coûts entre médecins et gestionnaires d'hôpitaux.

Le fait que les hôpitaux soient financés par un budget prix de journée et par les honoraires rend compliquée la relation entre les médecins et les hôpitaux.

Néanmoins les médecins hospitaliers et les gestionnaires souhaitent qu'il y ait un échange réciproque d'informations claires et de meilleurs accords quant aux frais. Ces accords pourraient se traduire dans chaque hôpital par un accord concernant les frais pour des activités médicales non rémunérées par le budget prix de journée et imputés aux honoraires. Les deux partenaires estiment en outre que les montants convenus doivent être affectés selon les termes de l'accord. Le Gouvernement est d'accord sur ces points de départ.

Sur un certain nombre de points comme la définition des coûts à charge des honoraires, l'instauration d'une simple procédure d'arbitrage pour les contestations relatives à l'article 140, des solutions doivent être élaborées. Le Gouvernement demande à la Task Force de faire des propositions concrètes. Le Gouvernement est d'accord sur les propositions relatives à la répartition des frais et initiera le travail législatif nécessaire.

La Task Force souligne qu'il est urgent de mettre sur pied un groupe de travail chargé de formuler avant juillet 2002 des propositions concernant le statut du médecin hospitalier et visant à améliorer la relation entre

le médecin hospitalier et le gestionnaire de l'hôpital ainsi qu'à promouvoir l'intégration du médecin hospitalier au sein de l'hôpital.

En attendant, l'initiative de demander à un expert externe d'assurer la présidence de ce groupe de travail a été prise. Etant donné la complexité de la problématique, ce groupe de travail doit disposer d'un délai approprié. A défaut d'un accord entre les différentes parties, le Gouvernement prendra lui-même une initiative en la matière.

Le Gouvernement rappelle en outre son engagement d'élaborer un projet de loi réglant la responsabilité médicale en vue d'une approbation à bref délai par le Parlement, si possible avant la fin de la législature.

Le Gouvernement tient, une fois encore, à remercier de tout cœur le président de la Task Force, les présidents des groupes de travail ainsi que les participants à la concertation. Le Gouvernement demande de poursuivre la concertation afin de développer plus avant les résultats déjà obtenus.

MANAGED CARE EN BELGIQUE ?

BOND DER GENEESHEREN ROULERS – IZEGEM Salle KATHO Roulers – 11 octobre 2001

Chers Confrères,
Mesdames, Messieurs,

Lorsqu'il y a plusieurs mois, le "Bond der Geneesheren" de Roulers-Izegem a émis l'idée de consacrer une soirée au "MANAGED CARE", il ne réalisait probablement pas comment cette notion collerait à la réalité de la période post-"State of the Union" après le 9.10.2001 du premier ministre VERHOFSTADT.

1° Considérations budgétaires

Le budget soins de santé de 581,533 milliards de BEF approuvé par les autorités se situe approximativement 20 milliards en deçà de la proposition à laquelle le Comité de l'assurance de l'INAMI aurait peut-être pu donner son accord à la fin septembre 2001, à savoir 601 milliards de BEF.

Le montant qui était proposé ne comprenait encore qu'un tiers de ce que les médecins et les gestionnaires des hôpitaux considèrent comme un mouvement de récupération normal.

Les hôpitaux font face à un gouffre financier de 17 milliards. C'est principalement le résultat d'une série de normes, notamment en ce qui concerne l'encadrement en personnel qui est exigé en permanence tant par le gouvernement précédent que par le gouvernement actuel.

Les médecins exigent un mouvement de récupération de 25 milliards, étalé sur 3 ans.

Dans le cadre de la préparation du budget 2002, l'actuariat de l'INAMI a été chargé de fournir un aperçu des dépenses durant la période 1990-2000. Les tableaux 1 à 3 sont un résumé de ces données.

Le **tableau 1** montre d'emblée que les honoraires médicaux durant cette période ont augmenté beaucoup moins que la majorité des autres secteurs des soins de santé : + 40,22% sur 10 ans, soit une augmentation annuelle moyenne de 3,44% seulement. Dans ces tableaux, il n'a pas été tenu compte de la dépréciation de l'argent.

Les montants sont des dépenses réelles résultant, du moins en ce qui concerne les médecins, de l'augmentation du volume de soins, de l'accroissement du nombre de médecins (34.275 en 1990, 42.036 en 2000, soit + 22,64 %, ce qui correspond à une augmentation annuelle moyenne de 2,06 %), de la norme de croissance fixée sous le gouvernement précédent à 1,5 % de 1994 à 1999 dans le cadre de la Loi relative à l'Union économique et monétaire européenne pour remplir la fameuse norme de Maastricht et qui, depuis que la coalition arc-en-ciel est arrivée au pouvoir en juin 1999, a été portée à 2,5 % à compter de 2000, et enfin de l'index santé qui, de par le mode de calcul différent, est toujours inférieur à celui pour les autres praticiens professionnels dans le secteur des soins de santé.

Nous reviendrons ultérieurement sur les raisons médicales expliquant l'augmentation des dépenses (cf. 4°).

Le **tableau 2** illustre pourquoi les médecins sont en droit de réclamer un processus de récupération à la fixation du budget de leurs honoraires. Dans le classement décroissant de l'augmentation annuelle moyenne des dépenses, les honoraires médicaux se situent en 21^e position avec un modeste +3,44 %. Seules les

sages-femmes et les opticiens ont connu une croissance moyenne de leurs revenus encore moins importante.

Le **tableau 3** montre qu'aucune des sous-spécialités médicales dépasse le pourcentage de croissance annuelle moyenne de 5,92 % pour l'ensemble du secteur de la santé.

Et quand, en plus, on tient compte de la croissance annuelle moyenne du nombre de médecins (+ 2,06 %), il devient alors tout à fait évident que les exigences syndicales des médecins sont plus que justifiées.

Les dépenses en chirurgie sont celles qui ont augmenté le plus en moyenne (+5,68 %). Tout comme des prestations spéciales comme les endoscopies, les ponctions, l'anatomie pathologique, l'ECG, l'EMG, etc. (+4,61 %) et l'imagerie médicale (+4,46 %), la chirurgie a connu une croissance plus forte que l'augmentation moyenne des dépenses pour les honoraires médicaux (+3,44 %). La gynécologie (+3,03 %), les consultations et les visites (+2,89 %) et la surveillance (+2,73 %) sont en dessous de cette moyenne. Une moyenne qui est à son tour tirée fortement vers le bas du fait du quasi-statu quo des dépenses en biologie clinique (+0,60 %).

Dans le tableau 3, il n'est pas tenu compte de l'inflation.

Par contre, lorsqu'il est tenu compte de l'évolution de l'index (base 1988) de décembre 1990 (108,08) à décembre 2000 (131,59), les dépenses globales n'ont alors augmenté que de 3,9 % et celles des honoraires médicaux de 1,49% à peine. En chiffres réels, les honoraires de biologie clinique ont baissé de 12,25% durant cette période.

Dans cette valse des chiffres, il est peut-être également utile d'indiquer où en sont les mutuelles avec leurs frais administratifs. Le montant global est en effet supérieur au montant global de la médecine générale et se rapproche du budget total de la biologie clinique. Toutefois, comparativement à certains pays limitrophes, on peut encore le qualifier de relativement modeste.

Le **tableau 4** montre cette évolution comparée aux dépenses pour les honoraires médicaux durant la période 1987-2001. Le pourcentage d'augmentation moyen sur ces quatorze années est comparable : 3,23 % pour les frais administratifs et 3,70 % pour les honoraires médicaux. Certaines années, il y a eu des grincements de dents dans les rangs des médecins au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. Tandis que les médecins se voyaient offrir un – 3 % par le ministre des Affaires sociales de l'époque, Jean-Luc Dehaene, sur l'autel de Maastricht, les organismes assureurs ont bénéficié mine de rien d'une augmentation de 3,67%. C'est dans les périodes difficiles que l'on apprend à connaître ses amis, n'est-ce pas?

Le **tableau 5** donne des détails concernant un autre centre de frais en progression très rapide dans les dépenses de santé, à savoir celui du secteur des médicaments. Nous avons effectué une comparaison au niveau de la croissance entre 1990 et 1999. En moyenne, les dépenses de l'INAMI pour les médicaments ont enregistré une croissance annuelle de 7,48 % et les dépenses privées de 4,17%. En 1990, la part de l'INAMI dans le total des dépenses pour les médicaments s'est élevée à 53,4%. En 1999, elle est passée à 60,3%. Conserver le contrôle de ce budget constitue une des priorités du ministre actuel Vandenberghe. La promotion des produits génériques, la campagne de découragement du recours aux antibiotiques, la campagne NSAID, etc. s'inscrivent totalement dans ce cadre. Les mutuelles se sentent très interpellées pour faciliter ces démarches.

2° Comparaison au niveau européen

Les points de comparaison classiques sont fournis par l'OCDE par le biais de rapports biennaux ou quadriennaux. Comme le montre le **tableau 6**, la Belgique se trouvait jusqu'en 1998 dans le milieu du peloton européen en ce qui concerne ses dépenses : avec 8,2 %, elle se situait même 0,4 % en dessous de la moyenne européenne.

Faisant suite à de fortes pressions exercées par les Néerlandais, l'OCDE a élaboré une nouvelle méthodologie pour le calcul des "Health data 2000", de sorte que la Belgique se trouve soudainement catapultée d'une position médiane à une position de tête en ce qui concerne le montant des dépenses en soins de santé par habitant.

Le **tableau 7** montre qu'avec ses 8,8% du produit intérieur brut pour les dépenses totales en soins de santé, la Belgique se trouve en troisième position dans l'Europe des 15, après l'Allemagne et la France. En 1994, la Belgique ne figurait encore qu'en septième position.

Le **tableau 8** nous apprend qu'avec ses 79.631 BEF par habitant, la Belgique occupe la quatrième place en ce qui concerne les dépenses en soins de santé dans l'UE.

Le **tableau 9** montre qu'avec des dépenses privées moyennes de 8.229 BEF par habitant, la Belgique se retrouve bonne dernière dans l'UE. Ce même tableau permet également de voir que nulle part ailleurs dans l'UE, les dépenses publiques pour les soins de santé sont aussi élevées qu'en Belgique. Comme c'était déjà ressorti du tableau 8, en ce qui concerne les dépenses totales, notre pays n'est dépassé que par l'Allemagne et le Luxembourg.

3° Emploi dans les soins de santé

En marge des aspects budgétaires et avant de nous pencher sur les besoins en soins de santé, il est utile d'examiner un moment l'emploi dans les soins de santé. D'autant plus que les médias américains n'hésitent pas à parler de la "managed care industry" lorsque vous cliquez sur un des milliers de "Web Page Matches" sur Internet.

Le **tableau 10** montre l'évolution de l'emploi dans le secteur de la santé entre 1990 et 1999. Nous constatons une croissance annuelle moyenne de 1,38 %.

Chez les salariés, nous remarquons une augmentation nette chez les salariés dans les cabinets médicaux (+13,31 % en moyenne par an) tandis que les médecins à proprement parler ont à peine vu leurs revenus augmenter (cf. tableaux 1 à 3). Dans les cabinets paramédicaux, le nombre de salariés a connu une hausse spectaculaire : en moyenne 33,09 % par an.

Chez les indépendants, on constate une augmentation très importante du nombre d'infirmiers indépendants avec une croissance annuelle moyenne de 4,33 %. Et ce alors que tous les hôpitaux connaissent des difficultés pour recruter des infirmiers. L'introduction du système des honoraires forfaitaires a manifestement amené un certain nombre de salariés à rejoindre le secteur indépendant. Une explication peut certainement être trouvée dans le fait que, avec une augmentation annuelle moyenne de 8,96 % dans le secteur des honoraires de soins infirmiers à domicile, soit plusieurs fois l'équivalent de la norme de croissance autorisée par la loi qui était d'abord de 1,5 % et ensuite de 2,5 %, il est peut-être plus intéressant, pour les infirmiers employés par les hôpitaux et d'autres établissements de soins, d'opter pour le statut d'indépendant.

En guise d'illustration, le **tableau 11** établit des comparaisons en ce qui concerne l'offre de prestataires et d'établissements de soins entre la Belgique et les Pays-Bas, ce dernier pays constituant encore toujours pour nombre de Flamands l'exemple par excellence en matière d'organisation des soins de santé.

Le **tableau 12** met l'accent sur le nombre nettement moins élevé de médecins aux Pays-Bas par rapport à la Belgique. En 1998, les Pays-Bas comptaient 6.997 généralistes et 14.362 spécialistes pour 15,698 millions d'habitants. La Belgique, avec ses 10,203 millions d'habitants, comptabilisait, en 1998, enregistrés auprès de l'INAMI, 15.648 médecins généralistes agréés en tant que tels et 17.552 spécialistes agréés auxquels il faut encore ajouter ± 3.550 médecins spécialistes en formation.

4° Raisons pouvant expliquer la croissance rapide des dépenses de soins de santé

Le Comité permanent des médecins européens a présenté, le 16 avril 1994, à Curia (Portugal), sa note officielle concernant les conséquences éthiques et économiques de la limitation des moyens financiers mis à la disposition des soins de santé. Il va sans dire que la décision de consacrer un certain pourcentage de sa prospérité aux soins de santé constitue un choix politique. Les économistes parmi eux ne doivent cependant pas oublier que la bonne santé de la population active constitue un élément essentiel pour la productivité du pays.

Malheureusement, la population non active est bien trop facilement oubliée dans ce débat. Ce groupe ne siège d'ailleurs pas au Parlement.

1. La **population vieillit**. Aujourd'hui, 22 % de la population belge ont plus de 60 ans. Il y a 10 ans, ils n'étaient que 20,5 % tandis qu'on estime que dans 10 ans, leur pourcentage sera de 25 %. Il y a 100 ans, seuls 9 % des Belges atteignaient cet âge.

En 1993, le Bureau du plan qui rend compte directement au Premier ministre a calculé que le facteur du vieillissement serait à l'origine d'une augmentation de 1,5 % des soins de santé. Dans le cadre de la loi sur l'UEME, le gouvernement avait fixé le taux de croissance à 1,5 %, entre-temps – et ce depuis 2000 – augmenté à 2,5 %. Cela signifie que toutes les autres causes de l'augmentation des coûts ne peuvent pas entrer en ligne de compte en Belgique.

2. Les **développements médico-scientifiques** proposent aux patients de nouvelles formes de diagnostic et de thérapie. Il suffit de penser à la résonance magnétique nucléaire, aux transplantations, aux nouveaux médicaments malheureusement très onéreux (ex. pour le SIDA, la sclérose en plaques, la maladie d'Alzheimer, etc.). Cette évolution principalement technologique crée également un besoin croissant en personnel hautement qualifié et donc plus cher.

3. De **nouvelles maladies**, comme le SIDA, la maladie de Creutzfeldt-Jacob font leur apparition ou d'anciennes maladies (infectieuses) requièrent un nouveau traitement plus onéreux. Les oncologues observent un nombre croissant de cancers imputable à la problématique de l'environnement.

4. L'amélioration des possibilités de soins **allonge la survie** des patients chroniques tandis que l'on s'efforce d'augmenter leur qualité de vie. Les handicapés physiques et psychiques sont de plus en plus nombreux et vivent plus longtemps du fait de l'amélioration de l'encadrement des soins.

5. L'opinion publique souhaite d'une part le développement de la **médecine préventive** qui est indéniablement chère et qui, pour bon nombre d'affections, fait l'objet de controverses dans la presse grand public, comme cela a encore été le cas récemment avec le cancer du sein et le cancer de la prostate. D'autre part, elle tolère ou "subit" les excès de la circulation, les abus d'alcool, de drogue et de tabac, les nuisances sonores, les mauvaises habitudes alimentaires, etc., qui totalisent 35 % de la mortalité évitable chez les hommes et 17 % chez les femmes entre 0 et 64 ans et entraîne des frais médicaux non négligeables.

6. Du fait des primes d'assurance responsabilité professionnelle en forte augmentation, les médecins ont tendance à pratiquer une **médecine défensive** qui les amène à effectuer un maximum d'examen. Il est évident que cette attitude compréhensible engendre des coûts supplémentaires.

Le Comité permanent de l'UE met également l'accent sur des raisons moins "objectives" pour expliquer la croissance.

Parfois, la politisation des soins de santé conduit au développement d'une technologie médicale de pointe qui profite davantage à la politique qu'aux malades. En Belgique, avec tous ses subtiles équilibres linguistiques, philosophiques et autres, ce phénomène est bien connu.

Il existe des administrations qui, dans le secteur des soins de santé, recherchent davantage le profit personnel et l'extension de son propre pouvoir, du "lobby", que les soins aux malades proprement dits.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la Loi sur la responsabilisation des mutuelles du 6 août 1990, les mutuelles tiraient avantage d'une consommation médicale élevée dans la mesure où les frais administratifs qu'ils recevaient des pouvoirs publics étaient établis sur cette base.

A présent, la responsabilité financière des organismes assureurs, la répartition des revenus de l'assurance soins de santé et les autres dispositions financières propres à cette assurance sont régies par la section IV de la loi sur les S.S.I.

L'administration qui est de plus en plus importante est également une cause de l'augmentation des coûts. Ce ne sont malheureusement pas les prestataires de soins devant remplir tous les documents et formulaires, qui sont rémunérés pour ce travail mais bien les organismes assureurs.

Plusieurs Etats membres de l'UE remboursent certaines "médecines alternatives" sans que celles-ci n'aient le moindre fondement scientifique. Le parlementaire Ecolo Paul LANNOYE a soumis au Parlement européen son rapport sur « Le Statut des médecines non conventionnelles » (« ... considérant qu'une partie de la population des Etats-membres de l'Union Européenne a recours à certaines médecines et thérapeutiques non conventionnelles et qu'il serait en conséquence irréaliste d'ignorer cet état de fait, ... ») et demande, après examen, que ces médecines soient reconnues et remboursées (16 mars 1997). Tant l'ancien ministre de la Santé publique Marcel COLLA que l'actuelle ministre Magda AELVOET témoignent d'un grand intérêt pour les médecines alternatives, et ce à un moment où le budget des soins de santé est calculé au plus juste. Le ministre VANDENBROUCKE rejette cette initiative car elle n'est pas "Evidence Based".

L'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) demande avec insistance que le rapport sur ces "pratiques non validées scientifiquement" selon elle ne soit pas approuvé.

5° Situation belge actuelle

S'il y a déjà une surconsommation dans les soins de santé, elle ne peut pas, sur la base des données chiffrées dont nous disposons, être la cause des dépassements chroniques du budget. Cela a d'ailleurs été communiqué à la presse par les Mutualités chrétiennes et publié dans les principaux quotidiens belges le

5.10.2001 sous des titres comme celui du Financieel Economische Tijd "CM ontkracht mythe medische overconsumptie" (Les MC détruisent le mythe de la surconsommation médicale).

Le GBS et l'ABSyM ont toujours été d'avis que l'explosion du budget est principalement due à des décisions politiques. Le ministère des Affaires sociales est peuplé, depuis 1988, par des socialistes, jusqu'en juin 1999 par le Parti socialiste en la personne de Ph. Busquin, Ph. Moureaux, B. Anselme et Magda De Galan, et depuis juillet 1999 par le Socialistische Partij avec l'actuel ministre Frank Vandebroucke.

Le filet social a été étendu, les catégories ayant droit à un remboursement majoré ont été élargies, il y a eu plusieurs plans de rattrapage social pour dissiper la colère blanche, la facture maximale a été instaurée, le ministre Vandebroucke annonce le remboursement des médicaments contre la maladie d'Alzheimer, envisage d'investir des centaines de millions dans une nouvelle approche gratuite pour les diabétiques, etc. Ce sont toutes des mesures socialement défendables qui ont cependant chacun un coût. Mais on en tient rarement compte.

Son contradicteur au sein du gouvernement, le président du VLD Karel De Gucht, a promptement qualifié Vandebroucke de "ministre des mesures sympathiques" (Le Généraliste 03.10.2001).

Les conséquences budgétaires des causes de la croissance avancées plus haut sont plus qu'alarmantes. En 2001, on observe manifestement d'autres phénomènes que ces 10 dernières années.

Le **tableau 13** montre que dans le secteur des honoraires médicaux, les dépenses à l'issue des six premiers mois de 2001 ont largement dépassé l'objectif budgétaire pour ce semestre. L'ensemble des dépenses "honoraires médicaux" et l'ensemble de l'objectif "dialyse" dépassent les objectifs budgétaires respectifs de plus de 3 %. Conformément à l'art. 3 § 1 de l'A.R. du 5 octobre 1999, signé par Frank Vandebroucke, "déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel", ces 3 % signifient que les "clignotants" sont passés au rouge. L'article 51 de la loi sur les soins de santé et indemnités stipule que dans ce cas, les honoraires, les prix et autres montants sont adaptés "d'office". La somme des pourcentages de réduction qui sont appliqués durant la même année civile ne peut pas être supérieure à 5 % des honoraires, prix, etc. Heureusement, car les tableaux 13 et 14 montrent que les dépassements sont souvent bien supérieurs à cette limite des 5 %.

Le **tableau 14** montre que d'autres secteurs connaissent également des dépassements importants. Le prix de journée dépasse son objectif de pas moins de 10,4 %.

S'il est procédé à une réduction "d'office" dépend de la Commission du contrôle budgétaire, présidée par M. Pol Verhaever, ex-chef de cabinet adjoint du ministre Vandebroucke. La décision sera prise dès que le comité de l'assurance aura procédé à la répartition du budget global fixé par le gouvernement à 581,533 milliards de BEF.

Le 11 septembre, une date qui, pour d'autres motifs, restera gravée dans la mémoire de bon nombre de personnes de par le monde, le ministre Vandebroucke a présenté à la presse une note politique intitulée "Un agenda pour le changement dans les soins de santé. Questions aux organisations de médecins, aux mutualités et aux organisations hospitalières." Vous avez tout le loisir de la consulter sur son website. Il lance trois défis. Je cite :

1. Réduire les écarts individuels en matière de pratique à un niveau de variation acceptable par rapport aux critères objectifs scientifiquement fondés. Ces différences de pratique sont considérables non seulement au niveau individuel mais aussi au niveau des agrégats : arrondissement, province, région;
2. Éliminer les mécanismes qui ont pour effet que tant les gestionnaires que les médecins hospitaliers profitent de l'usage inefficace de soins de santé.
3. Développer des techniques responsabilisant les prescripteurs et les prestataires au niveau **individuel** pour les moyens utilisés et les frais générés."

Le ministre attend des propositions concrètes et opérationnelles des acteurs concernés dans les six semaines (et donc théoriquement avant le 23.10.2001). Il entend confronter ces propositions à des questions très concrètes portant sur quelques exemples bien documentés. Je cite :

- "Les propositions contribueront-elles à ramener à un niveau acceptable les écarts constatés en matière d'examen préopératoire en vue d'une appendicectomie ?

- *Les propositions auront-elles pour effet une réduction effective des écarts constatés en matière de prescription d'antibiotiques ?*
- *Les propositions auront-elles pour effet que les hôpitaux atteindront chacun un pourcentage acceptable de formes alternatives de dialyse ?*
- *Les propositions auront-elles pour effet que les hôpitaux atteindront chacun un pourcentage acceptable de formes alternatives de dialyse ?*
- *Les propositions auront-elles pour effet de ramener à une variation acceptable les écarts considérables concernant le montant prescrit et le nombre d'actes de biologie clinique ?*
- *Les propositions auront-elles pour effet que des médicaments substantiellement plus économiques seront prescrits lorsque ceux-ci seront disponibles ?"*

Les débats sont bien engagés. Quel contenu sera donné à des termes comme "un niveau de variation acceptable" et "par rapport aux critères objectifs scientifiquement fondés" ? Comment définir le nécessaire et le superflu lors d'un examen préopératoire et ce suivant les différentes catégories d'âge ?

Les médecins de l'ABSyM sont désireux de participer activement à ces débats. Nous sommes convaincus qu'un certain nombre d'anomalies peuvent être supprimées.

Nous sommes également convaincus qu'il ne sera pas possible ainsi de garder parfaitement le contrôle sur la comptabilité de l'INAMI. En effet, une telle approche n'offre pas de solution à la croissance des soins de 4,5 %, admise internationalement, alors que la Belgique n'est disposée à accepter qu'une croissance de 2,5 % des besoins de soins de santé.

Il est envisagé d'accorder des avantages financiers ou autres aux médecins qui prescriraient moins de médicaments. L'ABSyM est d'avis qu'il est éthiquement et déontologiquement inacceptable d'accorder ces incitants à titre individuel. Ce volet de la déclaration gouvernementale touche principalement les médecins généralistes et les spécialistes extra-hospitaliers. Le spécialiste hospitalier est cependant également concernés par le discussion sur le budget pour les médicaments. Après le forfait pour la prophylaxie des antibiotiques, le gouvernement entend en effet poursuivre avec la forfaitarisation de la consommation des médicaments dans les hôpitaux.

6° Conclusion

Mesdames et Messieurs, Chers Confrères, nous avons d'énormes défis à relever. Bien que les médecins sont très souvent accusés de tous les maux de la terre lorsque le système des soins de santé belge connaît des difficultés, malgré le fait que nos opinions assez individualistes se confrontent parfois, nous sommes d'avis que les résultats de nos efforts supportent encore la comparaison au niveau international.

S'il n'est pas possible de réduire voire – soyons utopiques quelques instants – de mettre fin de manière constructive aux utilisations inadéquates sans organiser une chasse aux sorcières et sans tomber dans un système d'Etat policier, je pense alors que nous pourrions totalement continuer à affirmer que notre société doit disposer de moyens suffisants pour pouvoir garantir des soins de santé accessibles et de grande qualité.

Un projet de ce type n'a des chances de réussir que dans le cadre du modèle de concertation qui fait ses preuves depuis 37 ans dans ce pays.

Quoi qu'il en soit, je crains pour nos responsables politiques qu'il faudra plus que l'actuelle norme de croissance de 2,5 % allouée. Si le Gouvernement ne le souhaite pas, il doit prendre ses responsabilités et indiquer à la population quels soins elle peut escompter. Une responsabilité "individuelle" d'un médecin qui devrait, en son âme et conscience et après une évaluation approfondie de **tous** les paramètres concernant un patient individuel, refuser à son patient des soins justifiés pour des raisons d'ordre strictement comptable ou budgétaire, ou d'un médecin qui retirerait un avantage financier de la non-dispensation de soins à son patient, reste inacceptable pour nous.

Une pensée rationnelle inscrite dans une profession humanitaire par excellence? Volontiers.
Un rationnement dans un système comptable froid. Non, merci.

Je vous remercie pour votre attention,

Dr M. MOENS,
Vice-Président de l'ABSyM,
Secrétaire général du GBS

**CLASSEMENT SUIVANT LE POURCENTAGE D'AUGMENTATION
DES DEPENSES INAMI POUR LES SOINS DE SANTE
DURANT LA PERIODE 1990-2000
(hors SNCB) (en millions de BEF)**

Libellé (numéro de la rubrique)	Pourcentage d'augmentation annuelle moyenne	Dépenses 1990	Dépenses 2000
1. Soins de santé mentale (16)	190,30	4,7	2.927,0
2. Fonds spécial (19)	87,67	0,3	162,6
3. Hôpital militaire – prix all-in (12)	29,28	11,6	162,9
4. Logopédie (20)	26,64	111,6	1.184,2
5. Tissus humains (31)	19,17	11,7	67,6
6. Rééducation fonction. et profess. (18)	17,31	1.822,6	8.994,5
7. MRS/MRPA/Centres de jours (15)	13,51	9.531,4	33.846,1
8. Hospitalisat. de jour hôpital général (13)	13,09	2.606,4	9.025,0
9. Autres placements et frais de déplacement (22)	10,38	101,8	273,5
10. Implants (7)	10,33	3.621,1	9.675,9
11. Honoraires des praticiens de l'art infirmier (soins à domicile) (4)	8,96	9.951,0	21.535,8
12. Soins par bandagistes et orthop. (6)	8,54	1.978,9	4.490,9
13. Fournitures pharmaceutiques (3)	7,58	46.419,3	96.348,0
14. Soins par audiciens (9)	7,47	290,4	596,8
15. Dialyse (14)	6,08	787,4	1.420,4
TOTAL SOINS DE SANTE	5,92	285.239,6	507.028,8
16. Honoraires des pratic. de l'art dentaire (2)	5,65	9.278,4	16.082,6
17. Régularisations + refacturation (23)	5,52	- 1.114,6	- 1.906,9
18. Prix de la journée d'entretien (11)	5,34	69.598,0	117.038,2
19. Centres médico-pédiatriques (21)	5,32	306,3	514,1
20. Soins par kinésithérapeutes (5)	3,99	10.515,5	15.555,0
21. Honoraires médicaux (1)	3,44	118.783,1	166.557,0
22. Accouchements par accoucheuses (10)	1,88	186,9	225,2
23. Soins par opticiens (8)	1,35	265,2	303,1

Source : INAMI

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 2

**LOCALISATION DE L'AUGMENTATION DES HONORAIRES MEDICAUX
PAR RAPPORT A L'AUGMENTATION MOYENNE DES DEPENSES INAMI
POUR LES SOINS DE SANTE PENDANT LA PERIODE 1990-2000
(hors SNCB) (en millions de BEF)**

Libellé (numéro de la rubrique)	Pourcentage de l'augmentation annuelle moyenne	Dépenses 1990	Dépenses 2000
TOTAL SOINS DE SANTE	5,92	285.239,6	507.028,8
1. Chirurgie (1.e)	5,68	14.815,0	25.743,8
2. Prestations spéciales (1.d)	4,61	23.454,2	36.808,5
3. Imagerie médicale (1.b)	4,46	18.187,1	28.145,3
TOTAL HONORAIRES MEDICAUX	3,44	118.783,1	166.557,0
4. Gynécologie (1.f)	3,03	1.679,7	2.263,6
5. Consultations et visites (1.c)	2,89	27.829,3	37.002,5
6. Surveillance (1.g)	2,73	5.318,6	6.960,9
7. Biologie clinique (1.a)	0,60	27.499,2	29.184,5

Source : INAMI

	Pourcentage de l'augmentation annuelle moyenne	1990	2000
Total du nombre de médecins	2,06	34.275	42.036

Source : Ministère de la Santé publique : aperçu de l'évolution du nombre de médecins jusqu'au 31.12.2000

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 3

**AUGMENTATION FRAIS ADMINISTRATIFS DES MUTUELLES PAR RAPPORT AUX
HONORAIRES MEDICAUX**

	Frais administratifs mutuelles		Honoraires médicaux	
	Montant (1)	Augmentation annuelle (%)	Montant (2)	Augmentation annuelle (%)
1987	18,595	+ 1,17	106,675	+ 8,97
1988	18,595	+ 0,00	105,934	- 0,69
1989	19,200	+ 3,25	112,960	+ 6,63
1990	19,928	+ 3,79	118,783	+ 5,15
1991	20,650	+ 3,62	128,850	+ 8,48
1992	21,331	+ 3,30	136,310	+ 5,79
1993	22,369	+ 4,86	133,052	- 2,39
1994	23,035	+ 2,98	130,518	- 1,90
1995	23,622	+ 2,55	135,629	+ 3,92
1996	24,304	+ 2,89	148,655	+ 9,60
1997	25,196	+ 3,67	141,223	- 5,00
1998	25,804	+ 2,42	150,144	+ 6,32
1999	26,123	+ 1,24	158,268	+ 5,41
2000	27,039	+ 3,51	166,557	+ 5,24
2001	28,112	+ 3,97	171,057 (3)	+ 2,70
moyenne 1987-2001		+ 3,23		+ 3,70

Source : 1) Moniteur belge de 1987 au 03.10.2001
 2) INAMI
 3) Objectif budgétaire INAMI 2001

Dr M. MOENS
 Roulers 11.10.2001

TABLEAU 4

**DEPENSES PUBLIQUES ET PRIVEES POUR LES PRODUITS
PHARMACEUTIQUES : COMPARAISON 1990-1999**

Produit	1990	1999	évolution en %	pourcentage évolution annuelle moyenne
DEPENSES PUBLIQUES (INAMI)				
Spécialités délivrées sur le marché ambulatoire	30.766	63.742	+ 107,18	+ 10,65
Patients hospitalisés	9.386	15.924	+ 69,66	+ 6,05
Patients ambulatoires à l'hôpital	1.390	5.922	+ 326,04	+ 17,48
Préparations magistrales délivrées sur le marché ambulatoire	3.737	2.221	- 40,57	- 3,85
Divers (sang ...)	2.379	3.421	+ 43,80	+ 4,12
Total INAMI (1)	47.658	91.230	+ 91,43	+ 7,48
DEPENSES PRIVEES (QUOTE-PART DU PATIENT)				
OTC	12.733	19.121	+ 50,17	+ 4,62
Spécialités Rx non remboursables	7.525	14.817	+ 96,90	+ 7,82
Spécialités remboursables, mais non remboursées	7.191	5.847	- 18,69	- 1,92
Ticket modérateur sur les spécialités remboursées en ambulatoire	11.670	16.796	+ 43,92	+ 4,13
Ticket modérateur sur les préparations magistrales remboursées en ambulat.	621	540	- 13,04	- 1,54
Forfait hospitalier	607	527	- 13,18	- 1,56
Médicaments non remboursés à l'hôpital	1.316	2.527	+ 92,02	+ 7,52
Total dépenses privées (*)	41.663	60.175	+ 44,43	+ 4,17
Total général (2)	89.321	151.405	+ 69,51	+ 6,04
(1) / (2) % INAMI	53,4	60,3	12,92	1,36

(*) Non inclus : préparations magistrales non remboursables, préparations magistrales non prescrites en ambulatoire, médicaments homéopathiques

Source : IBES, Compendium Statistiques de la santé 2001. Médicaments; tableau 15

DEPENSES SOINS DE SANTE PAR HABITANT EN EUROPE (1994)

Pourcentage du PIB

	Dépenses totales	Dépenses publiques	à charge du patient
FRANCE	9,7	7,6	2,1
AUTRICHE	9,7	6,2	3,5
ALLEMAGNE	9,5	7,0	2,5
PAYS-BAS	8,8	6,9	1,9
FINLANDE	8,3	6,2	2,1
ITALIE	8,3	5,9	2,4
BELGIQUE	8,2	7,2	1
IRLANDE	7,9	6,0	1,9
SUEDE	7,7	6,4	1,3
PORTUGAL	7,6	5,3	2,3
ESPAGNE	7,3	5,7	1,6
ROYAUME-UNI	6,9	5,8	1,1
DANEMARK	6,6	5,4	1,2
LUXEMBOURG	5,8	-	-
GRECE	5,2	-	-
MOYENNE	8,6	(6,2)	(1,92)

Source : Compendium IBES Statistiques de la santé 1996

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 6

**DEPENSES SOINS DE SANTE PAR HABITANT – 1998
CLASSEMENT SUIVANT DEPENSES TOTALES
EXPRIMEES EN POURCENTAGE DU PIB**

PAYS	Dépenses totales		Dépenses publiques		Dépenses privées	
	%	EUR = 100	%	EUR = 100	%	EUR = 100
1. Allemagne	10,6	132,5	7,9	131,7	2,7	135
2. France	9,5	118,8	7,2	120,0	2,3	115
3. Belgique	8,8	110,0	7,9	131,7	0,9	45
4. Pays-Bas	8,6	107,5	6,0	100,0	2,6	130
5. Italie	8,4	105,0	5,6	93,3	2,8	140
6. Suède	8,4	105,0	7,0	116,7	1,4	70
7. Danemark	8,3	103,8	6,8	113,3	1,5	75
8. Grèce	8,3	103,8	4,7	78,3	3,6	180
9. Autriche	8,2	102,5	5,8	96,7	2,4	120
EUR-15	8,0	100,0	6,0	100,0	2,0	100
10. Portugal	7,8	97,5	5,2	86,7	2,6	130
11. Espagne	7,1	88,8	5,4	90,0	1,7	85
12. Finlande	6,9	86,3	5,3	88,3	1,6	80
13. Royaume-Uni	6,7	83,8	5,6	93,3	1,1	55
14. Irlande	6,4	80,0	4,8	80,0	1,6	80
15. Luxembourg	5,9	73,8	5,4	90,0	0,5	25

Source : Health data 2000 OCDE; calculs IBES et M. MOENS

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 7

DEPENSES EN SOINS DE SANTE PAR HABITANT – 1998
CLASSEMENT SUIVANT MONTANT DES DEPENSES TOTALES EXPRIMEES EN BEF

PAYS	Dépenses totales		Dépenses publiques		Dépenses privées	
	en BEF	EUR = 100	en BEF	EUR = 100	en BEF	EUR = 100
1. Allemagne	92.701	137,2	69.143	132,8	23.558	152,1
2. Luxembourg	84.673	125,3	71.138	136,6	13.535	87,4
3. Danemark	81.608	120,8	66.843	128,3	14.765	95,3
4. Belgique	79.631	117,9	71.402	137,1	8.229	53,1
5. Pays-Bas	79.268	117,3	55.790	107,1	23.478	151,6
6. France	78.542	116,2	59.985	115,2	18.557	119,8
7. Autriche	75.153	111,2	52.966	101,7	22.187	143,2
8. Italie	68.215	101,0	45.907	88,1	22.308	144,0
EUR-15	67.569	100,0	52.079	100,0	15.490	100
9. Suède	66.722	98,7	55.911	107,4	10.811	69,8
10. Finlande	57.484	85,1	43.849	84,2	13.635	88,0
11. Royaume-Uni	55.588	82,3	46.552	89,4	9.036	58,3
12. Irlande	55.548	82,2	42.115	80,9	13.433	86,7
13. Portugal	47.278	70,0	31.626	60,7	15.652	101,0
14. Espagne	46.431	68,7	35.701	68,6	10.730	69,3
15. Grèce	44.697	66,2	25.414	48,8	19.283	124,5

Source : Health data 2000 OCDE; calculs M. MOENS

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 8

DEPENSES EN SOINS DE SANTE PAR HABITANT – 1998
CLASSEMENT SUIVANT MONTANT DES DEPENSES PRIVEES EXPRIMEES EN BEF
(Belgique = 100)

Pays	Dépenses privées		Dépenses publiques		Dépenses totales	
	en BEF	B = 100	en BEF	B = 100	en BEF	B = 100
1. Allemagne	23.558	286,3	69.143	96,8	92.701	116,4
2. Pays-Bas	23.478	285,3	55.790	78,1	79.268	99,5
3. Italie	22.308	271,1	45.907	64,3	68.215	85,7
4. Autriche	22.187	269,6	52.966	74,2	75.153	94,4
5. Grèce	19.283	234,3	25.414	35,6	44.697	56,1
6. France	18.557	225,5	59.985	84,0	78.542	98,6
7. Portugal	15.652	190,2	31.626	44,3	47.278	59,4
EUR-15	15.490	188,2	52.079	72,9	67.569	84,9
8. Danemark	14.765	179,4	66.843	93,6	81.608	102,5
9. Finlande	13.635	165,7	43.849	61,4	57.484	72,2
10. Luxembourg	13.535	164,5	71.138	99,6	84.673	106,3
11. Irlande	13.433	163,2	42.115	59,0	55.548	69,8
12. Suède	10.811	131,4	55.911	78,3	66.722	83,8
13. Espagne	10.730	130,4	35.701	50,0	46.431	58,3
14. Royaume-Uni	9.036	109,8	46.552	65,2	55.588	69,8
15. Belgique	8.229	100,0	71.402	100,0	79.631	100,0

Source : Health data 2000 OCDE; calculs M. MOENS

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 9

EMPLOI DANS LES SOINS DE SANTE COMPARAISON CHIFFRES 1990-1999

TYPE DE PRATICIENS PROFESSIONNELS	1990	1999	Δ %	Evolution moyenne annuelle en %
1. Salariés				
- industrie pharmaceutique	16.258	16.059	- 1,22	- 0,137
- grossistes pharma.	11.068	14.211	+ 28,40	+ 2,82
- pharmacies	9.232	11.044	+ 19,63	+ 2,01
- détaillants prod. méd.orthop.	321	446	+ 38,94	+ 3,72
- hôpitaux notamment étab. méd.	147.563	146.275	- 0,87	- 0,097
- cabinets médicaux	4.838	14.891	+ 207,79	+ 13,31
- cabinets dentaires	1.311	1.557	+ 18,76	+ 1,93
- cabinets paramédicaux	691	9.051	+ 1.209,84	+ 33,09
- mutuelles	13.466	13.458	- 0,06	- 0,011
* SOUS-TOTAL	204.748	226.992	+ 10,86	+ 1,16
2. Indépendants				
- médecins	20.974	23.846	+ 13,69	+ 1,44
- dentistes	6.010	6.817	+ 13,43	+ 1,41
- pharmaciens	4.645	4.514	- 2,82	- 0,32
- infirm., kinésithérapeutes accoucheuses	15.450	22.628	+ 46,46	+ 4,33
* SOUS-TOTAL	47.079	57.805	+ 22,78	+ 2,31
3. Total emplois dans le secteur des soins de santé				
- en chiffres absolus	251.798	284.797	+ 13,11	+ 1,38
- en % de la population active	6,2	6,5	-	-

Source : Compendium IBES Statistiques de la santé 2001

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 10

**CHIFFRES DE L'OFFRE DE SOINS
COMPARAISON BELGIQUE/PAYS-BAS**

	BELGIQUE		PAYS-BAS	
	1980	ultérieurement	1980	ultérieurement
Capacité totale de lits/1000 habitants (1996)	9,4	7,2	12,3	11,3 (1998)
Nombre de journées de soins/habitant (1996)	-	2,2	-	3,6
Lits hôp. aigus/1000 habitants (1995)	5,5	5,3	5,2	3,7
Nombre de généralistes/1000 habitants (1998)	1,1	1,5	0,4	0,45
Nombre de spécialistes/1000 habitants (1998)	1,0	1,8	0,7	0,91
- anesthésistes	-	0,13	-	0,07
- chirurgiens	-	0,14	-	0,07
- gynécologues	-	0,11	-	0,05
- internistes	-	0,21	-	0,11
- radiologues	-	0,14	-	0,06
- pédiatres	-	0,12	-	0,06
Nombre total de médecins/1000 habitants (1998)	-	3,3	-	1,4
Nombre de dentistes/1000 habitants (1995)	0,4	0,7	0,4	0,5
Nombre de pharmaciens/1000 habitants (1995)	1,0	1,3	0,1	0,2
Nombre de CT-scan/million d'habitants (1993)	-	20,8	-	9,0
Nombre de RMN/million d'habitants (1993)		3,3	-	3,9

Sources : OCDE, Health Data 1998. Rapport Peers, décembre 1999, pag. 9. Acta Hospitalia 2001-2 "Gezondheidszorg in Nederland en België : een nieuwe vergelijking", H. Maarse, A. Nieboer et A. Paulus. Calculs M. Moens.

Dr M. MOENS
Roulers 11.10.2001

TABLEAU 11

HONORAIRES MEDICAUX
1er SEMESTRE 2001

Numéro rubrique	Libellé	Dépenses 1S 2001	Objectif budgétaire 1S 2001	Différence	Différence en %	Clignotants
1.a.	Biologie clinique	16.491,1	14.809,4	+ 1.684,7	p.a	CCC
1.b.	Imagerie médicale	15.636,8	13.792,4	+ 1.844,4	p.a.	CCC
1.c.	Consultations et visites	20.023,5	20.497,1	- 473,6	- 2,3	OK
1.d.	Prestations spéciales	18.129,3	16.539,1	+ 1.590,2	+ 9,6	CCC
1.e.	Chirurgie	14.026,2	13.073,6	+ 952,6	+ 7,3	CCC
1.f.	Gynécologie	1.233,0	1.150,8	+ 82,2	+ 7,1	CCC
1.g.	Surveillance	3.957,5	3.809,9	+ 147,6	+ 3,9	OK
1.h.	- Forfait accréditation	206,9	218,9	- 12,0	- 5,5	OK
	- Dossier Médical	1,1	49,7	- 48,6	-97,8	
1.	Total honoraires médicaux	89.708,4	83.940,9	+ 5.767,5	+ 6,9	CCC
14.	Dialyse					
	a) médecins	2.048,0	1.853,3	194,7	+ 10,5	CCC
	b)forfait dialyse	1.629,6	1.548,1	81,5	+ 5,3	CCC
	c)domicile, low care	838,9	739,9	99,0	+ 13,4	CCC
	Total	4.516,5	4.141,3	375,2	+ 9,1	CCC

+ : dépenses supérieures aux objectifs budgétaires
 - : dépenses inférieures aux objectifs budgétaires
 p.a. : pas d'application (art. 59 et 69 loi S.S.I.)
 CCC : clignotants

Source : INAMI : Commission de Contrôle Budgétaire 10.10.2001

SECTEURS AVEC CLIGNOTANTS
1er SEMESTRE 2001

numéro rubrique	Libellé	Dépenses 1S 2001	Objectif budgétaire 1S 2001	Différence	Différence en %	Clignotants
1.a.	Biologie clinique	16.491,1	14.809,4	+ 1.684,7	p.a.	CCC
1.b.	Imagerie médicale	15.636,8	13.792,4	+ 1.844,4	p.a.	CCC
1.c.	Consultations et visites	20.023,5	20.497,1	- 473,6	- 2,3	OK
1.d.	Prestations spéciales	18.129,3	16.539,1	+ 1.590,2	+ 9,6	CCC
1.e.	Chirurgie	14.026,2	13.073,6	+ 952,6	+ 7,3	CCC
1.f.	Gynécologie	1.233,0	1.150,8	+ 82,2	+ 7,1	CCC
1.g.	Surveillance	3.957,5	3.809,9	+ 147,6	+ 3,9	OK
1.h.	- Forfait accréditation	206,9	218,9	- 12,0	- 5,5	OK
	- Dossier Médical	1,1	49,7	- 48,6	-97,8	
1.	Total honoraires médicaux	89.708,4	83.940,9	+ 5.767,5	+ 6,9	CCC
3.	Fournitures pharmaceutiques	49.949,7	47.869,5	2.080,2	+ 4,3	CCC
7.	Implants	5.578,2	5.133,2	445,0	+ 8,7	CCC
11.	Prix de journée	64.263,9	58.196,2	6.067,7	+ 10,4	CCC
14.	Dialyse					
	a) médecins	2.048,0	1.853,3	194,7	+ 10,5	CCC
	b)forfait dialyse	1.629,6	1.548,1	81,5	+ 5,3	CCC
	c)domicile, low care	838,9	739,9	99,0	+ 13,4	CCC
	Total	4.516,5	4.141,3	375,2	+ 9,1	CCC
18.	Rééducation fonction. et profess.	4.901,9	4.194,1	707,8	+ 16,9	CCC
22.	Autres frais de séjours et frais de déplacements	142,8	133,9	8,9	+ 6,6	CCC

+ : dépenses supérieures aux objectifs budgétaires

- : dépenses inférieures aux objectifs budgétaires

p.a. pas d'application (art. 59 et 69 Loi S.S.I)

CCC : clignotants

Source : INAMI : Commission de Contrôle Budgétaire 10.10.2001

STATUT SOCIAL 2001

13 NOVEMBRE 2001. - Arrêté royal fixant la cotisation annuelle à verser pour l'année 2001 pour certains médecins par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et adaptant les montants de base des pensions de retraite et de survie visés par l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins (M.B. du 21.11.2001)

[...]

Article 1er. La cotisation annuelle visée à l'article 2, § 1er, a), de l'arrêté royal du 31 mars 1983 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins est, pour l'année 2001, respectivement fixée :

1° à 102 326 BEF (2.536,60 EUR), d'une part, en faveur des médecins qui sont réputés de plein droit avoir adhéré à l'Accord national médico-mutualiste du 18 décembre 2000 pour leur activité professionnelle complète;

2° à 68 217 BEF (1.691,06 EUR), d'autre part, en faveur des médecins qui ont, dans les trente jours qui suivent la publication de l'accord précité au Moniteur belge, communiqué à la Commission nationale médico-mutualiste les conditions de temps et de lieu selon lesquelles, conformément aux clauses dudit accord, ils appliqueront ou non les montants d'honoraires qui y sont fixés, et dont l'activité professionnelle exercée conformément aux clauses de l'accord correspond aux minima suivants :

- pour les médecins de médecine générale :

- ou bien des consultations au cabinet représentant au moins dix heures par semaine, réparties sur trois jours au moins;

- ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle hebdomadaire;

- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle en tout ou en partie en milieu hospitalier :

- ou bien vingt-cinq heures par semaine au moins;

- ou bien les trois-quarts de l'activité professionnelle;

- pour les médecins spécialistes exerçant leur activité professionnelle exclusivement en dehors du milieu hospitalier :

- ou bien les consultations au cabinet représentant au moins vingt heures par semaine ;

- ou bien des consultations au cabinet représentant au moins les trois-quarts de l'activité professionnelle.

Art. 2. Le montant visé à l'article 1er, 1°, du présent arrêté, est accordé aux médecins qui se sont engagés pour l'année complète pour leur activité professionnelle complète.

Art. 3. Les montants de base, d'une part, de la pension de retraite visée à l'article 6 et, d'autre part, de la pension de survie visée à l'article 7 du même arrêté sont, à partir du 1er janvier 2001, respectivement fixés à 171 610 BEF (4.254,10 EUR) et 143 012 BEF (3.545,17 EUR) par an.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 novembre 2001.

* Formulaire de demande disponible sur le website ou sur simple demande.

ANNONCES

- 01085 **BRUXELLES** : C.H. F. Rabelais site César De Paepe rech. **PEDIATRES** pour gardes appelables (mat/salle d'acc/ N*). Contact : 02/506.71.37.
- 01086 **BRUXELLES** : C.H. F. Rabelais site Hôpital Français rech. **PEDIATRES** pour gardes dormantes (porte hosp/ mat/salle d'acc/N*). Contact : 02/482.41.78.
- 01087 **BRUXELLES** : Cherche **INFIRMIÈRE** d'endoscopies + **SECRETARIAT** à mi-temps le matin en privé à Anderlecht. Tél. 0496 550776.
- 01088 **NAMUR** : **URGENT** : Laboratoire recherche médecin ou pharmacien **BIOLOGISTE avec reconnaissance RIA** (m/f). Ayant expérience en endocrinologie. Adresser CV au bureau du journal.
- 01089 **CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT** : Centre Spécialisé d'Herlaimont recherche, en vue d'une location de cabinet, **RHUMATOLOGUE, CHIRURGIEN PLASTIQUE, PNEUMOLOGUE, NEUROLOGUE, OPHTALMOLOGUE, GYNÉCOLOGUE FEMME, ORL**. Pour renseignements et conditions, téléphoner au 064/43.22.00.
- 01090 **BRUXELLES** : Rez-de-chaussée, 60 m², Boul. L. Schmidt, Bxl, 3 pièces rénovées pour professions libérales. Tél. : 02/732.99.20.

Table des matières

• Qu'advient-il après 2001?.....	1
• Réaction du Gouvernement au rapport de la Task Force «Agenda des changements prévus dans le secteur des soins de santé»	2
• Managed care en Belgique ?	11
• Statut social 2001	31
• Annonces.....	32