
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 5 / JUILLET 2002

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

NOUVEAUX TARIFS DE LA CONVENTION À PARTIR DU 1^{er} JUILLET 2002

Les tableaux avec les nouveaux tarifs en euros entrant en vigueur le 1.7.2002 peuvent être consultés sur notre website www.gbs-vbs.org.

Il s'agit de l'indexation reportée de 2,82 % pour les honoraires conventionnés et les tarifs de remboursement pour les rubriques suivantes : prestations techniques courantes, accouchements, prestations médicales spéciales générales, anesthésiologie, réanimation, chirurgie, imagerie médicale, radiothérapie et radiumthérapie, médecine interne, dermato-vénérologie, anatomie pathologique, suppléments nuit, WE et jours fériés, biologie clinique, examens génétiques et prestations interventionnelles percutanées.

LE TABLEAU DES SCORES DE LA SOUS-PARTIE B7, OU LE SENS DE LA JUSTICE D'UN MINISTRE

Depuis un certain temps déjà, nous savons que le ministre des Affaires sociales n'hésite pas à malmener le principe d'égalité. Avec l'A.R. du 25 avril 2002 (M.B. du 30.05.2002) "relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux", il dépasse à nouveau les bornes mais cette fois-ci, bien plus encore que par le passé. Les médecins devaient déjà faire les frais de sa rage d'économies dans leur propre secteur et dans celui des hôpitaux généraux. Maintenant, ils doivent également payer pour les privilèges de financement accordés aux hôpitaux universitaires. Cette nouvelle trouvaille porte le nom de "B7". Selon le ministre Vandembroucke, c'est totalement légal et transparent. Par contre, ce n'est pas joli joli.

1. La surconsommation profite ... à certains

A l'heure où, dans le projet de loi sur la responsabilisation des dispensateurs de soins, une politique budgétaire "sélective" tente, par l'application de sanctions lourdes, de combattre la surconsommation et à l'heure de l'introduction d'un nouveau financement pour la biologie clinique, les sept bénéficiaires de la sous-partie B7 du budget de l'hôpital recalculé obtiennent une garantie sans condition : ils peuvent tout bonnement conserver ce qu'ils auraient normalement dû économiser.

Justification de la mesure : en toute objectivité, aucune. Sans la moindre gêne, Frank Vandembroucke a récemment décrit cela comme "de omzetting in een zuivere regeling van een oude, verdoken (sic!) maar onmisbare subsidiestroom..." (De Standaard, 28.05.2002) (la

transposition dans un règlement épuré d'un flux de subside ancien, dissimulé (sic!) mais indispensable...".

Le fait que les autorités considèrent la "surconsommation" d'un hôpital comme un "subside dissimulé" alors qu'elles répriment et condamnent cette même surconsommation dans le cas d'autres hôpitaux, prouve que certains responsables politiques actuels assoient des notions comme la "démocratie" et l' "Etat de droit" sur des ... adjectifs qualificatifs comme "épuré" et "indispensable". Sommes-nous les seuls à penser à tort qu'un "financement dissimulé" est inconcevable? Le Service de contrôle médical ne se rend-il pas compte que l'article 73 de la loi S.S.I. est ainsi tourné en ridicule? La pathologie et l'Evidence Based Medicine peuvent-elles avoir un contenu variable selon l'endroit où on l'exerce?

L'art 79, §1, 4. du nouvel A.R. sur le prix de journée définit en effet carrément un élément de la sous-partie B7(A) à partir du 1er juillet 2002 comme : "les montants équivalents à la réduction des budget globaux de biologie clinique et d'imagerie médicale et des objectifs budgétaires partiels pour la dialyse et les journées forfaitaires (en ce qui concerne l'hospitalisation de jour non chirurgicale) , appliquée lorsqu' interviendront des modifications dans les règles de financement de ces différents secteurs, de telle façon à neutraliser l'effet pour les hôpitaux concernés de ces modifications, pour autant que ces montants donnent lieu à une augmentation du budget global des hôpitaux visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux".

En outre, il convient de signaler que conformément à l'article 94 de la loi sur les hôpitaux, les honoraires médicaux ne sont pas compris dans le budget des moyens financiers de l'hôpital. Et la "subvention complémentaire" qui est insérée à l'article 102 de la loi sur les hôpitaux en vertu de la loi du 14.1.2002 et qui vise les tâches spécifiques des hôpitaux universitaires, "notamment dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales", ne déroge pas à cette règle. Ce que l'on observe ici n'est ni plus ni moins qu'une confusion de budgets. Comment qualifierait-on cependant une telle intervention s'il apparaissait qu'elle était illégale?

2. Points gratuits

Le principe du système de points sur lequel repose le nouveau (comme l'ancien) financement hospitalier vise à garantir l'égalité et la proportionnalité dans la répartition des moyens. L'article 97 de la loi sur les hôpitaux (art. 90 de la loi du 14.1.2002) l'exprime en ces termes : "... afin d'appliquer les mêmes conditions de financement aux hôpitaux dont la mission et les activités sont similaires et qui travaillent dans des conditions analogues..".

C'est pourquoi il semble particulièrement étrange que, au moment de l'introduction du nouveau système de financement des hôpitaux, un élément est immédiatement prévu comme suit dans la sous-partie B7A : "la différence de budget correspondant à la différence de points octroyés au 30 juin 2002 et les points qui auraient été octroyés si on avait appliqué les dispositions de l'article 46 (n.d.l.r. : le nouveau système de points) du présent arrêté".

Cette petite phrase montre bien que le financement n'obéit à aucune règle de proportionnalité mais s'opère en fonction d'une situation préexistante qui n'a aucune valeur objective par rapport au système introduit. On applique le système (comme un divertissement administratif?) mais on maintient l'ancien pour le financement privilégié pour lequel il n'est pas nécessaire de se justifier. En principe, cela ne nous poserait pas de problème si ce n'est que ces moyens sont retirés de ceux qui sont destinés à l'ensemble du secteur qui doit faire face à des difficultés aussi nombreuses et importantes que les hôpitaux universitaires, et ce uniquement à la suite de la rage d'économies sélectives du ministre compétent.

3. Les sous-parties B7A et B7B.

Attention : l'A.R. prévoit deux catégories d'hôpitaux avec une sous-partie B7 :

– B7A : les hôpitaux universitaires, où il s'agit des *"coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales"*.

– B7B: une catégorie hypothétique d'hôpitaux non universitaires *"bénéficiant du financement prévu en matière de développement, d'évaluation et d'application des nouvelles technologies médicales et/ou de formation des candidats spécialistes"*.

Outre le fait que "l'enseignement clinique" et "la recherche scientifique appliquée" n'ont rien à faire juridiquement avec les prestations prévues dans le contexte de la loi S.S.I. et ne devraient donc en aucun cas entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance-maladie, par quelque "biais" que ce soit, le lecteur ne peut que constater que la seule différence entre les deux catégories réside dans les "tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients". Ce que recouvrent ces termes ne peut qu'être déduit de la différence au niveau du financement prévue à l'art. 79. Apparemment, cette spécificité consiste exclusivement dans la construction particulière (voir 1 ci-avant) concernant le maintien d'honoraires inappropriés et excessifs pour la biologie clinique, la radiologie, la dialyse et les forfaits hospitaliers que les hôpitaux B7A obtiennent contrairement aux hôpitaux B7B !

Par ailleurs, les hôpitaux B7B ont également droit à la protection contre la perte possible à l'occasion de l'introduction du nouveau système de points. Ils conservent la différence de points entre le vieux et le nouveau système. Le problème réside cependant dans le fait que ces hôpitaux B7B ne sont ni nommés ni désignés et restent par conséquent strictement hypothétiques. Une forme de réglementation bidon? Il n'est pas indiqué comment ils peuvent acquérir leurs droits. Il est juste précisé les critères à remplir pour les conserver. A l'heure actuelle, la seule norme connue en la matière est prévue dans l'A.R. sur le financement proprement dit : ils doivent satisfaire aux dispositions de l'annexe 12...

4. Les conditions bidon de l'annexe 12

4.1. Financement des nouvelles technologies médicales

Pour remplir les conditions, l'hôpital doit participer activement à des programmes de recherche et de développement, être agréé pour les formations complètes dans les principales spécialités médicales (à savoir lesquelles?), effectuer la perception centrale de tous les honoraires médicaux, employer au minimum un médecin hospitalier, exprimé en équivalent temps plein, par 3 lits agréés, prouver que plus de 70 % de l'activité médicale est effectuée par des médecins à temps plein, appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs de l'engagement ou, en cas d'absence d'un tel accord, ceux du dernier accord national. Pour le 1^{er} mai de chaque année (le choix de la date est-il symbolique?), l'institut transmet la liste des références des articles scientifiques ayant trait au développement, à l'évaluation et à l'application de nouvelles technologies médicales publiées au cours des trois années précédentes. Attention : seuls les articles des cadres à temps plein entrent en ligne de compte.

Le ministre désigne lui-même une commission scientifique qui évaluera les publications et vérifiera que le facteur d'impact ... dépasse 1 point par 10 lits.

Que le ministre intéressé demande à son collègue compétent d'allouer des subsides complémentaires au FNRS pour financer des articles scientifiques sur de nouvelles technologies médicales : pas d'objection. L'idée d'une "Fondation du 1^{er} mai pour les nouvelles technologies médicales" dotée d'un comité scientifique composé par le ministre en personne est même brillante. Grâce à un subterfuge médiatique, chaque Belge y croit. Toutefois, le système imposé est la

négligence totale de l'éthique fondamentale prônée par l'ULB-VUB en matière scientifique : "Le Libre Examen" - "Het Vrije Onderzoek" .

Quoi qu'il en soit, la rédaction d'articles – même si elle est le fait de dispensateurs de soins académiques conventionnés et employés à temps plein dont les honoraires font l'objet d'une perception centrale – ne figure pas encore dans la liste des prestations de l'assurance soins de santé de l'art. 34 de la loi S.S.I. Cela n'a pas le moindre rapport – même imaginaire – avec l'art. 34, 6° "l'hospitalisation ou admission dans un service hospitalier ... pour mise en observation et traitement". Idem pour la kyrielle de conditions énumérées ci-avant, y compris le ratio de 1 ETP médical pour 3 lits.

"Le facteur d'impact des publications scientifiques est calculé annuellement par l'« Institute of Scientific Information » sous la forme de « Science Citation Index » publié dans le « Journal of Citation Reports »." Chacun sait que cet institut très honorable fournit davantage un indicateur de la distribution des articles scientifiques que de l'impact scientifique réel des articles et que, par exemple, les revues s'adressant à un public scientifique plus large génèrent une cotation plus élevée que les revues très spécialisées, indépendamment de la portée scientifique réelle des articles.

Il ne fait aucun doute que la norme "> 1 point par 10 lits" constituera un stimulant considérable pour la production d'articles scientifiques et nombreux sont les membres du staff médical qui travailleront encore plus à temps plein sur leur ordinateur portable que maintenant. Toutefois, on peut douter que le patient sera ainsi mieux soigné lorsque le gestionnaire poussera son dispensateur de soins pour qu'il écrive davantage d'articles avec un impact encore plus grand.

4.2. La fonction de formation

Pour les coûts découlant de la fonction de formation, les hôpitaux B7 reçoivent 29.747,22 euros par maître de stage et 4.709,88 euros par médecin spécialiste en formation. Il n'est pas précisé dans le texte qu'un montant correspondant doit être consacré aux maîtres de stage en question. L'hôpital doit se charger de la rémunération des candidats spécialistes. Les autres conditions "annexes" sont approximativement les mêmes que celles pour le financement des "nouvelles technologies médicales". Notons toutefois l'ajout d'une condition importante qui n'est pourtant pas plus pertinente : *"rémunérer plus de 70 % des médecins exprimés en équivalents temps plein par un salaire pour leur activité complète"*.

La sous-partie B7 concernera par conséquent exclusivement les hôpitaux universitaires car les tout derniers établissements périphériques employant des médecins sous contrat de salarié, principalement sous la sphère d'influence socialiste, ont abandonné ce sacro-saint principe depuis des années, et ce pour des raisons économiques. Nous ne pouvons que constater que ni la loi sur les hôpitaux ni la loi sur les soins de santé et indemnités ne permette aucune distinction catégorique suivant ce critère, que ce soit en vue de la fixation du budget hospitalier ou en vue de l'indemnisation par l'assurance-maladie

5. La philosophie et le "règlement épuré"?

La sous-partie B7 a été conçue dans le but de transposer les "subsides dissimulés" qui existaient également dans le système de financement actuel des hôpitaux sous de multiples formes cachées de privilèges accordés aux grands hôpitaux et aux hôpitaux universitaires, en un "règlement épuré" particulier de manière à ce qu'il n'y ait plus, en dehors de cela, aucune distinction et que tous les autres éléments du budget puissent être attribués proportionnellement et équitablement à tous les hôpitaux. Mais à quel point le règlement est-il "épuré"?

Quelques exemples :

Les dispositions concernant la sous-partie B du budget hospitalier laissent d'emblée apparaître des différences non dissimulées entre les institutions universitaires et non universitaires.

L'art. 37 prévoit par exemple pour le calcul du financement forfaitaire de la sous-partie B1, la constitution de 5 groupes d'hôpitaux, à savoir le groupe des universitaires et quatre autres, classés en fonction du nombre de lits. Pour les hôpitaux universitaires, on part du principe que les frais administratifs sont proportionnellement plus élevés lors de la répartition du budget des services communs tandis que pour le calcul des unités d'œuvre pour les frais généraux, on part d'une référence de surface plus élevée, à savoir 75 m²/lit pour les hôpitaux universitaires contre 48 m²/lit pour les autres hôpitaux.

Par ailleurs, une égalité de façade non dissimulée (appelons-la "compensation") est organisée, comme pour le calcul du nombre de salles d'opération. Attendu que les anciens avantages des hôpitaux universitaires en ce qui concerne le nombre de candidats spécialistes sont de toute façon déjà accordés (tant sur la base de la garantie no-loss en matière de nombre de points que sur la base du financement de l'annexe 12 !), il faut au moins prévoir quelque chose pour les autres hôpitaux. Et c'est d'ailleurs le cas. Pour les autres hôpitaux agréés pour assurer une formation complète en chirurgie et anesthésie, les temps standards prévus par intervention chirurgicale sont augmentés de 30 % (il est précisé : uniquement pour les hôpitaux non B7 !) ayant des services de stage agréés pour assurer une formation complète en chirurgie et en anesthésie, à condition que ces hôpitaux disposent au moins d'un candidat spécialiste par 10 lits de chirurgie... dans 11 disciplines différentes. Aucune indemnité n'est prévue pour les maîtres de stage ou pour les candidats spécialistes à moins qu'ils remplissent les exigences bidon de l'annexe 12.

Mais l'impureté masquée apparaît encore le plus clairement dans le système de points où les paramètres comme le volume des prestations, la taille de l'hôpital et l'existence de services médicaux lourds et de programmes de soins B sont récompensés de façon disproportionnée. Les déciles du volume de prestations (cette fois, hormis la biologie, l'imagerie médicale, la physiothérapie et les honoraires forfaitaires) donnent par exemple des points B2 supplémentaires dont le nombre, dans certains cas, par exemple pour les lits E, peut varier de 0,01 point (3^e décile) à 0,38 point (10^e décile) par lit justifié.

Honnêtement, nous n'y comprenons plus rien. Dans le projet de loi que le ministre avait voulu faire adopter rapidement par le parlement mais qu'il est peut-être souhaitable de laisser refroidir en raison des réactions négatives généralisées tant des spécialistes que des généralistes, des sanctions lourdes sont prévues pour quiconque est coupable de surconsommation. Dans cet A.R. écrit par le ministre Vandembroucke en personne, la pression à la prestation exercée par la gestion de l'hôpital est poussée à son paroxysme étant donné que des montants plus élevés sont accordés dans une proportion croissante à ceux qui se voient déjà attribuer la plus grande partie des rentrées provenant des prestations de soins. Est-ce cela le système de financement en fonction de l'activité? Une classification en déciles n'est pas à proprement parler un indicateur des différences de volume de travail et de charge de travail. De même qu'une cotation en bourse ne donne aucune indication concernant le volume de travail que les ouvriers d'une entreprise doivent prêter. Il n'est pas nécessaire d'être marxiste ou d'avoir lu "Das Kapital" pour le savoir.

L'essence de la "philosophie" du nouvel arrêté sur le financement est encore le plus explicite dans les dispositions relatives au financement des services d'urgences. Après une réglementation complexe concernant le calcul du nombre de points vient soudainement la phrase suivante : "Le budget ainsi déterminé est diminué linéairement de manière à réaliser une économie de 8.130.907,61 euros..." Pour quelle raison? Une confusion de budget probablement?

Le ministre Vandembroucke a-t-il eu des nuits d'insomnie durant des semaines en raison du dilemme insoluble : avec l'argent de la sécurité sociale, vais-je financer les urgences ou des articles scientifiques? Le choix qu'il a opéré est en effet d'une importance vitale. Pour le patient nécessitant des soins urgents.

HOSPITALISATION ET HOPITAL DE JOUR

"Lits justifiés"

L'Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux a été publié au Moniteur du 30 mai 2002. Cet arrêté signifie l'entrée en vigueur du nouveau système de financement des hôpitaux.

Parmi ces mesures, il convient de noter, à l'art. 46, le nouveau système de points pour le calcul des moyens de financement de la sous-partie B2 du budget hospitalier et la notion de "lits justifiés". Cette notion particulièrement importante est précisée à l'annexe 3 de l'A.R., dont nous reproduisons le texte intégral ci-après.

Tous vos commentaires et remarques sont les bienvenus.

Annexe n° 3 à l'arrêté royal du 25 avril 2002

Fixation d'une durée de séjour moyenne par groupe de diagnostics et calcul d'un nombre de lits justifiés

1. INTRODUCTION

1.1. Concepts et abréviations

Enregistrement RCM : l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum tel que visé à l'arrêté royal du 06/12/1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

ICD-9-CM : International Classification of Diseases - 9th Edition - Clinical Modification.

MDC : Major Diagnostic Category, grands groupes de diagnostics qui concernent chacun un système ou un organe, tels que décrits dans les "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

AP-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostics tels que décrits dans les "All Patients Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 10.0".

APR-DRG : Diagnosis Related Groups, groupes de diagnostic tels que décrits dans les « All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Gravité clinique ou « severity of illness » : Etendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système clinique, tels que décrits dans les « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Risque de mortalité : probabilité de décès, tel que décrits dans les « All Patients Refined diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0 ».

Patients G_{fin} : Les patients gériatriques sont classés dans un groupe distinct. Pour appartenir à ce groupe, les patients doivent satisfaire à un certain nombre de conditions :

1/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est d'au moins 75 ans, alors pour appartenir au groupe G_{fin} les patients doivent réunir les 2 conditions suivantes :

a) avoir été hospitalisé pendant 10 jours au moins dans un lit d'index G;

b) et avoir une durée de séjour à l'hôpital qui excède de 30 % au moins la durée de séjour moyenne standard des patients présentant la même pathologie et la même gravité clinique mais n'ayant pas séjourné dans un service G.

2/ si l'âge moyen des patients qui ont séjourné dans le service de gériatrie de l'hôpital est de moins de 75 ans, alors les patients doivent réunir les 2 conditions mentionnés ci-dessus et avoir en plus au minimum 75 ans.

1.2. Groupes de diagnostics

Les groupes de diagnostic sont constitués sur base des "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0".

Sur base du diagnostic principal, on effectue une première subdivision en groupes de diagnostics principaux, appelés MDC's, qui portent chacun sur un système ou un organe. Chaque MDC est ensuite scindé en un sous-groupe médical et un sous-groupe chirurgical selon qu'il y ait intervention chirurgicale ou non.

A l'intérieur de ces sous-groupes, on distingue les groupes de diagnostics proprement dits, c'est-à-dire les APR-DRG's, en tenant compte des éléments suivants : diagnostic principal, diagnostics associés, interventions chirurgicales, techniques spéciales, âge, sexe et type de sortie, conformément aux "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0". 355 APR-DRG de base sont ainsi obtenus.

Chaque APR-DRG de base (à l'exception des APR-DRG 955 et 956) est ensuite scindé en 4 niveaux de sévérité clinique. La détermination du niveau de sévérité clinique d'un séjour s'effectue en 3 étapes qui prennent notamment en compte les effets sur la gravité clinique des diagnostics secondaires non associés avec le diagnostic principal et non interreliés entre eux, de l'âge, du diagnostic principal, de l'existence de certaines procédures non opératoires,... (Cfr. All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0). Les quatre « severity of illness » obtenus sont :

- niveau 1 : niveau de sévérité faible
- niveau 2 : niveau de sévérité modéré
- niveau 3 : niveau de sévérité majeur
- niveau 4 : niveau de sévérité extrême.

Les patients pour lesquels il n'est pas fait mention d'un diagnostic principal (APR-DRG 955) ou pour lesquels il est fait mention d'un diagnostic ne pouvant être utilisé comme diagnostic principal (APR-DRG 956) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type I ». Aucune durée de séjour moyenne standard, NGL (voir point 2.4.6.), n'est calculée pour ce groupe.

Les patients pour lesquels il y a une importante intervention chirurgicale ne correspondant pas au diagnostic principal (APR-DRG 950, 951, 952) constituent ce que l'on appelle, plus loin, le « groupe de diagnostics résiduels type II ». Aucune durée de séjour moyenne standard, NGL (voir point 2.4.6.), n'est calculée pour ce groupe.

1.3. Concaténation

Avant l'enregistrement 1999 :

Si l'enregistrement par spécialité a été choisi pour l'enregistrement du R.C.M., on sélectionne parmi les diagnostics principaux mentionnés pour les différentes spécialités un diagnostic principal sur la base des règles suivantes :

- a) si une intervention a été pratiquée dans une seule spécialité, on choisit le diagnostic principal de cette spécialité pour attribuer l'AP-DRG;
- b) si une intervention a été pratiquée dans plusieurs spécialités, on choisit, pour attribuer l'AP-DRG, entre ces différentes spécialités, le diagnostic principal qui débouche sur l'AP-DRG ayant la plus longue durée de séjour au niveau national;
- c) pour les séjours au cours desquels aucune intervention n'a été pratiquée dans une spécialité, la même règle que celle formulée sous le point b) est d'application.

A partir de l'enregistrement 1999 :

A partir de l'enregistrement de 1999, les règles de concaténation énoncées plus haut ne seront plus d'application. Le diagnostic principal sera le diagnostic principal de la première spécialité à moins que celle-ci ne soit la spécialité psychiatrique.

1.4. Nombre de systèmes atteints

Pour le calcul du nombre de systèmes atteints, le système du diagnostic principal est considéré comme étant le premier système atteint et on y ajoute le nombre de systèmes (différents de celui du diagnostic principal) des complications ou comorbidités mentionnées, tels que décrits dans les « All Patients Diagnosis Related Groups, Définitions Manual, Version 10.0 - Appendix E ».

2. CALCUL DE LA DUREE DE SEJOUR MOYENNE STANDARD

2.1. Objectif

L'objectif est d'expliquer le calcul de la durée de séjour moyenne standard par APR-DRG, severity of illness et groupe d'âge.

2.2. Champ d'application

Pour réaliser l'objectif visé au point 2.1., on tient compte de tous les séjours des patients admis dans des hôpitaux aigus, à l'exception :

- 1) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service Sp;
- 2) des patients ayant séjourné au moins une journée de leur séjour dans un service A ou K;
- 3) des patients ayant séjourné dans un service G subaigu;
- 4) des séjours qui sont considérés comme « faux » séjours classiques (voir point 4.2.2.)

2.3. Données sur base desquelles la durée de séjour est calculée

Les 3 derniers exercices connus d'enregistrement RCM serviront de base pour le calcul des durées de séjour moyenne standard. Pour le financement à partir de juillet 2002, les données RCM 1998, 1999 et 2000 seront utilisés.

2.4. Opérations

2.4.1. Calcul de la durée de séjour

La durée de séjour est calculée par séjour hospitalier global et est égale au nombre de journées à facturer.

2.4.2. Constitution des groupes de diagnostics

Les séjours enregistrés dans le cadre du RCM sont répartis dans des groupes, appelés APR-DRG's au moyen de la technique décrite au point 1.2. Chacun de ces groupes est ensuite scindé en 4 severity of illness décrit comme au point 1.2.

Les severity of illness 1 et 2 sont ensuite scindés en trois sous-groupes d'âge :

- 1) les patients de moins de 75 ans (hormis les patients Gfin);
- 2) les patients de 75 ans ou plus (hormis les patients Gfin);
- 3) les patients Gfin, tels que définis au point 1.1.

Les severity of illness 3 et 4 sont scindés quant à eux en deux sous-groupes :

- 1) les patients Gfin, tels que définis au point 1.1.;
- 2) les patients non Gfin.

Ci-après, on nommera sous-groupe d'APR-DRG, le croisement APR-DRG, niveau de sévérité et classe d'âge.

L'APR-DRG 862 est en outre scindé en APR-DRG 862.1 et APRDRG 862.2. Ce dernier APR-DRG reprend uniquement les séjours pour polysommographies.

En ce qui concerne les patients pour lesquels un enregistrement RCM par spécialité est effectué au cours d'un même séjour à l'hôpital, on choisit un diagnostic principal unique pour toute la durée du séjour hospitalier, conformément à la technique de concaténation décrite au point 1.3.

2.4.3. Séjours qui ne sont pas retenus pour le calcul de la durée de séjour moyenne par sous-groupe d'APR- DRG

Les séjours qui appartiennent à un des groupes suivants sont exclus du calcul de la durée de séjour moyenne par sous-groupe d'APR-DRG :

- a) les séjours qui ne sont pas terminés et les séjours dont la date d'admission précède le début de la période statistique de plus de six mois. Ceux-ci constituent des séjours de longue durée;
- b) les séjours fautifs soit les séjours pour lesquels la durée de séjour est non valable (négative, pas en concordance avec le jour, le mois et l'année d'admission et de sortie ou non mentionnée, non concordance entre la durée de séjour calculée, la durée de séjour facturée et la somme des durées par index de lit), l'âge est non valable (pas entre 0 et 120 ans) ou le sexe est non valable (fautif ou non mentionné)
- c) les séjours appartenant au "groupe de diagnostics résiduels type I et II", à savoir les APR-DRG's 950, 951, 952, 955 et 956 (voir point 1.2.);
- d) les outliers "petits" (cfr. point 2.4.5.);
- e) les outliers « type 1 » (cfr. Point 2.4.5.);

f) les séjours dont le patient est décédé endéans les 3 jours.

2.4.4. **Sous-groupes d'APR-DRG pour lesquels aucune durée de séjour moyenne n'est calculée**

Les sous-groupes d'APR-DRG pour lesquels aucune durée de séjour moyenne n'est calculée sont :

a) les sous-groupes d'APR-DRG composés, au niveau national, de moins de 30 séjours après l'application des critères mentionnés ci-dessus;

b) les sous-groupes de severity of illness de extrême si ce niveau représente moins de 20 % des séjours de l'APR-DRG;

c) les sous-groupes d'APR-DRG résiduels type I et II (voir 1.2).

2.4.5. **Outliers**

Des séjours sont considérés comme outliers petits s'ils concernent :

- des patients qui séjournent 1 jour dans l'hôpital et qui sont transférés vers un autre hôpital;

- des patients qui ont une durée de séjour facturée plus petite ou égale à la limite inférieure de son sous-groupe d'APR-DRG pour lequel sa limite inférieure est égale à la valeur arrondie de $\text{Exp} [\ln Q1 - 2x (\ln Q3 - \ln Q1)]$. En outre, cette limite inférieure doit représenter au moins 10 % de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG concerné si cette durée est au moins égale ou supérieure à 10 jours. Dans chaque cas, la limite inférieure correspond avec une valeur qui, au minimum, se situe 3 jours en dessous de la durée de séjour moyenne standard.

Les outliers petits ne sont pas pris en compte pour les calculs des moyennes.

Deux types d'outliers grands sont définis : les outliers type 1 et type 2.

Les outliers type 1 sont les séjours qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite supérieure suivante : $Q3 + 4 \times (Q3 - Q1)$.

Ces outliers type 1 ne sont pas pris en compte pour le calcul des durées moyennes de séjour par sous-groupe APR-DRG.

Les outliers type 2 sont les séjours qui, à l'intérieur de leur sous-groupe d'APR-DRG, dépassent la valeur arrondie de la limite suivante : $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$, mais se situent sous la limite inférieure des outliers type 1. La limite supérieure des outliers type 2 se situe au moins 8 jours plus haut que la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG.

Les outliers type 2 reçoivent une durée de séjour fictive qui est égale à la limite supérieure $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

Les limites inférieure et supérieure sont calculées au niveau national, où

$Q1$ = la durée de séjour correspondant au seuil en deçà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG et où $Q3$ = la durée de séjour correspondant au seuil au delà duquel se situe la durée de séjour de 25 % des séjours du sous-groupe d'APR-DRG.

Les séjours participant au calcul de la durée de séjour moyenne standard mais n'étant pas outliers de type 2 sont appelés des séjours normaux.

2.4.6. **Calcul de la durée de séjour moyenne standard par sous-groupe d'APR-DRG**

On calcule par sous-groupe d'APR-DRG, tel que défini au point 2.4.2., une durée de séjour moyenne standard, en abrégé « NGL ». Cette durée est calculée par sous-groupe d'APR-DRG en divisant la somme des journées facturées des « séjours retenus » (voir point 2.4.3.) par le nombre de « séjours retenus ».

3. **CALCUL D'UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIES PAR HOPITAL POUR LES SEJOURS CLASSIQUES**

3.1. **Détermination de la durée de séjour justifiée**

• Pour les séjours normaux : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG auquel il fait partie;

• Pour les séjours outliers grands de type 2 (remis à la limite) : la durée de séjour justifiée est la somme de la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG et de la différence entre la borne d'outliers de type 2 et la durée facturée;

• Pour les séjours classés dans les APR-DRG résiduels type I (définition : voir 1.2) : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée si celle-ci est inférieure ou égale à la durée de séjour moyenne de l'hôpital moins 2 jours. Par contre si elle est supérieure à la durée de séjour moyenne de l'hôpital moins 2 jours, elle sera remise à la durée de séjour moyenne de l'hôpital moins 2 jours.

- Pour les séjours classés dans les APR-DRG type II (définition voir point 1.2;) : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée.
- Pour les séjours fautifs : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour moyenne observée dans l'hôpital. Cette durée est attribuée aux services C, D;
- Pour les séjours ne participant pas aux calculs des moyennes (cfr pt 2.4.3. à l'exception des APR-DRG résiduels) : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée;
- Pour les séjours compris dans les sous-groupes d'APR-DRG pour lesquels aucune durée de séjour moyenne n'est calculée (voir point 2.4.4.) (à l'exception des APR-DRG résiduels) : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée;
- Les séjours pour lesquels les patients sont restés au minimum la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp : la durée de séjour justifiée est la durée de séjour facturée pour les services concernés par le calcul du nombre de lits justifiés;
- Les séjours pour lesquels les patients sont restés moins que la moitié de leur durée de séjour dans un service A, K ou Sp : on répartira la durée de séjour justifiée au prorata de la durée de séjour facturée dans les services. La durée de séjour justifiée est la durée de séjour moyenne standard du sous-groupe d'APR-DRG auquel il fait partie

3.2. Limitation de l'effet du calcul du nombre de journées justifiées

Pour limiter dans le système proposé l'effet du calcul du nombre d'activités justifiées, le nombre de journées justifiées pour un séjour résultera de l'addition de 75 % des journées justifiées telles que définies au point 3.1. et de 25 % des journées facturées réelles.

3.3. Services pour lesquels un nombre de lits justifiés est calculé

L'objectif est de calculer un nombre de lits justifiés pour les services ci-après :

3.3.1. Les lits C, D, H, I, L et B

Un nombre de lits justifiés sera calculé pour les lits C, D, H, I, L et B ensemble sur base de la pathologie et de la durée de séjour justifiée dans ces lits.

3.3.2. Les lits E

Un nombre de lits justifiés sera calculé pour les lits E sur base de la pathologie et de la durée de séjour justifiée dans ces lits.

3.3.3. Les lits G

Un nombre de lits justifiés sera calculé pour les lits G sur base de la pathologie et de la durée de séjour justifiée dans ces lits. Cependant, un nombre de lits G sera attribué, à concurrence maximum d'1/4 de la capacité d'une unité complète de lits G (soit 6 lits), sur base du profil gériatrique du patient et donc indépendamment de l'utilisation des lits G.

Ceci signifie :

a) Pour les hôpitaux ne disposant pas de lits G :

Pour qu'un patient soit considéré comme potentiellement G, il doit remplir 3 conditions :

- avoir au minimum 70 ans;
- avoir au minimum 2 systèmes atteints;
- avoir une durée de séjour facturée supérieure à la moyenne $G_{fin} * 0,5$.

La durée de séjour justifiée attribuée à ces séjours dépend de l'âge du patient et est calculée comme suit :

70-74 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (< 75 ans) * 0,45.

Les 55 % de journées standards restants étant attribués aux autres lits au prorata de la durée de séjour facturée dans ces lits.

75-79 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (≥ 75 ans) * 0,65.

80-84 ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (≥ 75 ans) * 0,75.

$g \geq 85$ ans : durée justifiée en G = durée de séjour standard (≥ 75 ans) * 0,9.

Les hôpitaux ne disposant pas de lits G pourront donc s'en voir attribuer mais à concurrence de 6 lits maximum.

b) Pour les hôpitaux disposant de lits G :

Pour qu'un patient soit considéré comme potentiellement G, il ne peut pas être classé en Gfin et il doit remplir 3 conditions :

- avoir au minimum 70 ans;
- avoir au minimum 2 systèmes atteints;
- avoir une durée de séjour facturée g moyenne $G_{fin} * 0,5$.

Le principe des classes d'âge est également utilisé.

3.3.4. Les lits M

On attribue un nombre de lits M correspondant à l'activité définie sur base du MDC 14 (grossesse et accouchement) pour autant que l'hôpital ait un service M agréé. La durée de séjour justifiée d'une patiente séjournant en M pour une raison autre que l'accouchement,... (hors MDC 14) sera attribuée aux services C, D tandis que la durée de séjour justifiée d'une patiente séjournant en dehors des lits M mais pour une raison liée à l'accouchement (MDC 14) sera attribuée au service M.

3.3.5. Les lits A, K, T et NIC

En ce qui concerne les lits A, K, T et NIC on ne calculera pas de lits justifiés. Les lits agréés seront assimilés aux activités justifiées.

4. CALCUL D'UN NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIEES PAR HOPITAL EN HOSPITALISATION DE JOUR CHIRURGICALE

4.1. Sources de données

4.1.1. Données de facturation INAMI

Année de référence = dernière année connue

Les données INAMI utilisées lors de la fixation des listes A et B (cf. points 6 et 7) comprennent des informations concernant le lieu du traitement (cabinet du médecin, polyclinique, hospitalisation de jour et hospitalisation classique), la fréquence de l'intervention dans ce lieu et la mesure dans laquelle une intervention en hospitalisation de jour évolue.

4.1.2. Résumé clinique minimum

Années de référence = les trois dernières années connues

Le RCM comprend les informations nécessaires concernant le séjour, en particulier l'âge du patient, l'APR-DRG dont le séjour relève, le degré de gravité, le nombre de systèmes atteints, la mortalité, le code de procédure ICD-9-CM, le(s) code(s) INAMI, le nombre de journées d'hospitalisation, etc. Tant les séjours classiques que les séjours en hospitalisation de jour figurent dans la banque de données.

L'utilisation des deux sources de données permet de parvenir à une identification de l'activité chirurgicale de jour justifiée (l'hospitalisation chirurgicale de jour ayant réellement eu lieu, d'une part, et l'hospitalisation classique impropre, d'autre part).

4.2. Sélection des listes nationales de nomenclature INAMI A et B

4.2.1. Sélection des codes de nomenclature INAMI - Liste A « Codes INAMI pour hospitalisation réalisée » (Cf. point 6).

Pour la sélection des codes de nomenclature Inami, on s'est fondé sur la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, un superforfait, un forfait A, B, C ou D, tels que visés dans la convention nationale du 24 janvier 1996 entre les institutions de soins et les organismes assureurs.

Ont été retenues les prestations répondant simultanément à tous les critères de sélection mentionnés ci-après

Les critères de sélection

- il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprophylaxie en chirurgie et

- le nombre de prestations (*) en intra-muros doit représenter au moins 60 % du nombre total de prestations réalisées en ambulatoire.

[(*) intra-muros = dans un cadre hospitalier, soit en hospitalisation de jour, soit en polyclinique]

4.1.2. Sélection des codes de nomenclature INAMI - LISTE B « Codes Inami pour les hospitalisations classiques inappropriés » (Cf. point 7).

Pour la sélection des codes de nomenclature Inami, on s'est fondé sur la liste nominative des prestations donnant droit à un maxiforfait, un superforfait, un forfait A, B, C ou D, tels que visés dans la convention nationale du 24 janvier 1996 entre les institutions de soins et les organismes assureurs.

Ont été retenues les prestations répondant simultanément à tous les critères de sélection mentionnés ci-après :

Les critères de sélection :

- il s'agit d'une intervention chirurgicale sanglante, telle que définie dans l'arrêté royal concernant la forfaitarisation de l'antibioprophylaxie en chirurgie et

- le taux de substitution de l'hospitalisation classique par l'hospitalisation de jour doit être de 10 % au moins au cours de la période de référence.

4.3. Fixation de l'activité hospitalière justifiée en hospitalisation chirurgicale de jour

4.3.1. Séjours réalisés en hospitalisation (chirurgicale) de jour

Pour la fixation de l'activité de jour réalisée justifiée, on utilise le RCM de la dernière année connue.

Tous les séjours en hospitalisation de jour enregistrés, pour lesquels au moins un code chirurgical de nomenclature INAMI de la liste A (cf. point 4.2.1.1.) a été enregistré, sont retenus comme hospitalisations de jour réalisées justifiées.

Si un séjour comprend plusieurs codes de nomenclature INAMI de la liste, ce séjour n'est retenu qu'une fois comme hospitalisation de jour justifiée

4.3.2. Séjours classiques inappropriés

4.3.2.1. Fixation des APR-DRG pour lesquels des séjours hospitaliers classiques inappropriés sont mentionnés

Sur la base des codes de nomenclature INAMI de la liste B (Cf. point 4.2.1.2.), on a retenu tous les séjours qui, au cours de la période de référence (RCM des trois dernières années d'enregistrement connues) comprennent au moins un code de la liste. Cette sélection comprend aussi bien les séjours en hospitalisation classique enregistrés que les séjours en hospitalisation de jour. Le nombre de séjours APR-DRG a été calculé sur la base de cette sélection. Les 32 APR-DRG qui représentent 90 % des séjours sélectionnés figurent dans le tableau 1. Cette liste comprend 29 APR-DRG chirurgicaux et 3 APR-DRG médicaux

TABLEAU 1. APR-DRG retenus pour la fixation des séjours hospitaliers classiques inappropriés

025 Interventions sur le système nerveux pour affections des nerfs périphériques

071 Interventions intraoculaires excepté cristallin

072 Interventions extraoculaires excepté sur l'orbite

073 Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie

093 Interventions sur sinus et mastoïde

094 Interventions sur la bouche

097 Adénoïdectomie et amygdalectomie

098 Autres interventions sur oreille, nez, bouche, gorge

114 Pathologies dentaires et orales

115 Autres diagnoses d'oreille, nez, bouche, gorge

179 Ligature de veine et stripping

226 Interventions sur anus et orifices de sortie artificiels

313 Interventions des memb.inf. et genoux excepté pied

314 Interventions du pied

315 Interventions épaule, coude et avant-bras

- 316 Interventions majeure main, poignet
- 317 Interventions des tissus mous
- 318 Enlèvement matériel de fixation interne
- 319 Enlèvement matériel du système musculosquelletique
- 320 Autres interventions du système musculosquelletique et tissu conjonctif
- 361 Greffe cutanée et/ou débridement excepté ulcère et cellulite
- 364 Autres interventions sur les seins, la peau et le tissu sous-cutané
- 446 Interventions urétrales et transurétrales
- 483 Interventions sur les testicules
- 484 Autres interventions sur le système génital masculin
- 501 Autres diagnostics à propos des organes génitaux masculins
- 513 Interventions sur utérus/annexes, pour carcinome in situ et aff. bénignes
- 515 Interventions sur vagin, col et vulve
- 516 Ligature tubaire par voie laparoscopie
- 517 Dilatation, curetage, conisation
- 544 Avortement, avec dilation, aspiration, curetage ou hystérotomie
- 850 Interventions avec des diagnostics d'autre contact avec services de santé
- 4.3.2.2. Détermination des séjours hospitaliers classiques inappropriés

Pour la détermination du nombre de séjours hospitaliers classiques inappropriés, on utilise le case-mix enregistré dans le RCM de la dernière année d'enregistrement connue.

Pour être désigné comme séjour hospitalier classique inapproprié, le séjour doit répondre simultanément aux critères mentionnés ci-dessous :

- le séjour est rangé dans un des 32 APR-DRG retenus du tableau 1 (cf. point 4.3.2.1.);
- il s'agit d'une hospitalisation classique;-
- il ne s'agit d'une admission prévue;
- le séjour à l'hôpital a une durée maximale de trois jours;
- le degré de sévérité = mineur (cfr. 1.2.);
- le patient n'est pas décédé pendant le séjour à l'hôpital;
- le risque de mortalité = mineur (cfr. Point 1.2.)
- le patient n'a pas atteint l'âge de 75 ans et
- → pour les séjours appartenant à un des APR-DRG chirurgicaux repris au tableau 1 (cf. point 4.2.2.2.) :

l'« operating room procedure » (ICD-9-CM-code), qui est déterminante pour le classement du séjour hospitalier au sein d'un APR-DRG chirurgical, a été effectuée au cours de la période de référence (RCM de 3 dernières années d'enregistrement connues) dans au moins 33 % des cas en hospitalisation de jour et, au niveau national, on a pu dénombrer au moins 90 séjours hospitaliers classiques inappropriés;

- → pour les séjours appartenant à un des APR-DRG médicaux repris au tableau 1 (cf. point 4.3.2.1.) :
- le séjour a au moins un code de nomenclature INAMI de la liste B (cf. point 4.2.1.1.)

4.4. Détermination du nombre de séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital

Le nombre total des séjours justifiés en hospitalisation chirurgicale de jour par hôpital est obtenu en ajoutant le nombre total d'hospitalisations de jour réalisés (cf. point 4.2.1.) au nombre total de séjours hospitaliers classiques inappropriés (cf. point 4.2.2.).

Chaque séjour justifié en hospitalisation chirurgicale de jour obtient une durée de séjour justifiée de 0,81 jours (= multiplicateur), qui englobe l'effet de l'économie de 328 millions BEF. Sans cette économie, le multiplicateur s'élève à 1,05.

5. PRINCIPES DE CONVERSION DU NOMBRE DE JOURNEES JUSTIFIEES EN UN NOMBRE DE LITS JUSTIFIES

Sur base du case-mix de la dernière année de données connue, on calcule le nombre de journées justifiées pour chaque hôpital, par service ou groupe de services concernés (voir point 3). Il faut ajouter, en ce qui concerne le seul service C, le nombre de journées justifiées en hospitalisation de jour chirurgicale (voir point 4).

Lors du calcul de l'activité justifiée, on se base, par hôpital, sur le nombre de séjours RCM enregistrés pour l'année de référence. L'exhaustivité de l'enregistrement sera vérifiée pour les services concernés (C, D, G, L, B, H, E en M) sur la base de la comparaison du nombre de séjours RCM enregistrés avec le nombre de sorties communiquées à l'Administration dans le cadre des statistiques financières.. Si l'écart ne dépasse pas les 3 % (en plus ou en moins), l'enregistrement RCM et le case-mix qui y figure sont considérés comme point de départ pour le calcul de l'activité justifiée de l'hôpital. Si l'écart entre les deux bases de données s'élève à plus de 3 %, l'hôpital se voit attribuer une activité justifiée qui est basée sur le plus petit nombre de séjours des deux bases de données. La correction qui doit être effectuée à cet égard, se fait à l'aide des formules suivantes.

Méthodologie concernant la correction du nombre de séjours pour les services C, D, G, L, B, H, E et M (cf. supra) :

a. le nombre de séjours RCM dépasse de plus de 3 % le nombre de sorties mentionnées en FINHOSTA :

1^{re} étape : sur la base du case-mix RCM, un nombre de journées d'hospitalisation justifiées est calculé par hôpital

2^e étape : ensuite, une correction a lieu basée sur la formule suivante pour le surplus de séjours (et par conséquent en matière de pathologie) qui est observé dans la banque de données RCM

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH} - \{(nombre\ de\ séjours\ RCM - nombre\ de\ sorties\ FINHOSTA) * GVL_{ZH}\}]$$

Où

$VAL_{ZH\ nd}$: nombre de journées d'hospitalisation justifiées pour l'hôpital après correction des données

VAL_{ZH} : nombre de journées d'hospitalisation justifiées de l'hôpital sur la base du case-mix enregistré dans le RCM de l'année de référence

GVL_{ZH} : la durée de séjour moyenne justifiée pour l'hôpital sur la base du casemix RCM

b. Le nombre de séjours RCM est inférieur de plus de 3 % du nombre de sorties mentionnées en FINHOSTA :

• 1^{re} étape : sur la base du case-mix RCM, un nombre de journées d'hospitalisation justifiées est calculé pour l'hôpital

• 2^e étape : ensuite, une correction est effectuée sur la base de la formule suivante pour le déficit en matière de séjours (et par conséquent en matière de pathologie) qui est observé dans la banque de données RCM :

$$VAL_{ZH\ nd} = [VAL_{ZH}]$$

où

$VAL_{ZH\ nd}$: le nombre de journées d'hospitalisation pour l'hôpital après correction des données

VAL_{ZH} : nombre de journées d'hospitalisation justifiées de l'hôpital sur la base du case-mix enregistré dans le RCM de l'année de référence

Les formules susmentionnées (cf. points a et b) ne tiennent pas compte des véritables séjours en hospitalisation chirurgicale de jour. L'activité justifiée et le nombre de lits justifiés, attribués à ces séjours (cf. 4.3.1. et 4.4.) sont ajoutés, après application de toutes les corrections et après plafonnement de l'augmentation des lits justifiés par rapport aux lits agréés (cf. infra), au nombre de lits justifiés des autres séjours pour obtenir le nombre total de lits justifiés.

Lors de l'utilisation du RCM 2001, respectivement du RCM 2002, pour déterminer l'activité justifiée dans le financement, le pourcentage d'écart précité est ramené à 2 %, respectivement 1 %. Pour ce qui concerne les années d'enregistrement suivantes, on retiendra toujours le plus petit nombre de séjours pour calculer l'activité justifiée.

Par service (ou groupe de services), le nombre de journées justifiées est divisé par le taux d'occupation normatif du service multiplié par 365 pour obtenir par service un nombre de lits justifiés. Les taux d'occupation normatifs sont ceux repris à l'article 53 de l'arrêté ministériel du 2 août 1986, à savoir :

- pour les lits E et M : 70 %
- pour les lits C, D, L, B et H : 80 %
- pour les lits G : 90 %

Il y a lieu de tenir compte des écarts géographiques prévus dans l'arrêté royal du 30 juin 1989.

Une augmentation maximale de 7 % du nombre de lits justifiés (sans tenir compte de l'activité justifiée et des lits justifiés d'hospitalisation de jour chirurgicale y liés, tel que calculé au point 4.3.) par rapport au nombre de lits agréés pour les services C, D, G, L, B, H, E et M est intégralement attribuée à l'hôpital. L'activité justifiée se situant au-dessus de ce seuil est prise en considération pour 25 %. L'attribution de ces lits justifiés aux services concernés, évaluée à 25 %, est effectué vis à vis des services qui dépassent le seuil de 7 % et intervient au prorata du dépassement absolu du nombre de lits justifiés calculés par rapport au seuil de 7 %.

Le nombre total de lits justifiés (tel que calculé au paragraphe précédent) est converti au nombre correspondant de journées justifiées.

Le nombre total de lits justifiés (tel que calculé ci-dessus) diminué du nombre de lits justifiés attribués pour les séjours réalisés en hospitalisation (chirurgicale) de jour (cf. 4.3.1.) est utilisé pour l'application de l'article 42, 7^e opération.

6. CODES INAMI RETENUS A L'IDENTIFICATION DE L'HOSPITALISATION DE JOUR REALISEE (LISTE A)

Code de la nomenclature

220231	246853	258090	285810	293156
220275	247531	258112	285832	293171
220290	250154	258156	285935	293193
220312	250176	258171	285972	293230
220334	250191	260175	286112	293274
221152	250213	260315	286134	293370
227076	251274	260470	286215	294210
228152	251311	260676	286230	294232
229176	251370	260691	286296	294475
230613	251650	260735	287350	294615
232013	253153	260794	287372	294674
232035	253190	260853	287431	294711
235174	253212	260875	287453	300252
238114	253551	260890	287475	300274
238173	253573	260912	287490	300296
238195	255172	260934	287512	300311
238210	255194	260956	287534	300333
241150	255231	261214	287556	310715
241312	255253	261236	287571	310774
241091	255592	262216	287696	310796
244193	255614	262231	287711	310811
244311	255695	280055	287755	310855
244436	255732	280070	287792	310951
244473	255754	280092	287814	310973
244495	255776	280136	287836	310995
244554	255894	280151	288094	311312
244635	255916	280195	288116	311334
245534	255975	280534	291410	311452
245630	256115	280571	291970	311835
245733	256130	280674	291992	311990
245755	256174	280711	292014	312152
245814	256314	280755	292235	317214
245851	256336	280792	292574	350512
245873	256491	283010	292633	353253
246094	256513	284572	292736	354056
246212	256550	284911	292773	431056
246514	256815	285095	292810	431071
246551	256830	285235	292832	431513
246573	256852	285375	292891	432191
246595	257390	285390	292972	432213
246610	257434	285434	292994	432316

246632	257876	285456	293016	432331
246654	257891	285574	293031	432434
246676	257994	285596	293053	285994
246772	258031	285670	293075	286252
246831	258053	285692	293134	531812

7. CODES INAMI RETENUS A L'IDENTIFICATION DES SEJOURS HOSPITALIERS CLASSIQUES INAPPROPRIES (LISTE B)

Code de la nomenclature

220231-220242	246831-246842	258090-258101	285810-285821	293075-293086
220275-220286	246853-246864	258112-258123	285832-285843	293134-293145
220290-220301	247531-247542	258156-258160	285935-285946	293156-293160
220312-220323	250132-250143	258171-258182	285972-285983	293230-293241
220334-220345	250154-250165	260175-260186	286112-286123	293252-293263
221152-221163	250176-250180	260315-260326	286134-286145	293274-293285
227076-227080	250191-250202	260676-260680	286215-286226	293311-293322
230613-230624	251274-251285	260691-260702	286230-286241	293370-293381
232013-232024	251370-251381	260735-260746	286296-286300	294210-294221
232035-232046	253190-253201	260794-260805	287350-287361	294232-294243
238114-238125	253551-253562	260890-260901	287372-287383	294615-294626
238151-238162	253573-253584	260912-260923	287431-287442	294674-294685
238173-238184	253654-253665	260934-260945	287453-287464	294711-294722
238195-238206	255172-255183	260956-260960	287475-287486	300252-300263
238210-238221	255194-255205	261214-261225	287490-287501	300274-300285
241150-241161	255231-255242	261236-261240	287512-287523	300296-300300
244311-244322	255253-255264	262231-262242	287534-287545	300311-300322
244436-244440	255592-255603	280055-280066	287556-287560	300333-300344
244473-244484	255614-255625	280070-280081	287571-287582	310575-310586
244495-244506	255695-255706	280092-280103	287696-287700	310715-310726
244576-244580	255732-255743	280136-280140	287711-287722	310774-310785
244591-244602	255754-255765	280151-280162	287755-287766	310855-310866
244635-244646	255776-255780	280195-280206	287792-287803	310951-310962
245114-245125	255894-255905	280534-280545	287814-287825	310973-310984
245534-245545	255916-255920	280571-280582	287836-287840	310995-311006
245571-245582	255975-255986	280674-280685	288094-288105	311312-311323
245630-245641	256115-256126	280711-280722	288116-288120	311334-311345
245733-245744	256130-256141	280755-280766	291410-291421	311452-311463
245755-245766	256174-256185	280792-280803	291970-291981	311835-311846
245770-245781	256314-256325	284572-284583	291992-292003	311990-312001
245792-245803	256336-256340	284911-284922	292014-292025	312152-312163
245814-245825	256491-256502	285095-285106	292633-292644	317214-317225
245851-245862	256513-256524	285110-285121	292736-292740	353253-353264
245873-245884	256550-256561	285235-285246	292773-292784	354056-354060
246094-246105	256653-256664	285375-285386	292810-292821	431056-431060
246514-246525	256815-256826	285390-285401	292832-292843	431071-431082
246551-246562	256830-256841	285434-285445	292891-292902	432191-432202
246573-246584	256852-256863	285456-285460	292935-292946	432213-432224
246595-246606	257390-257401	285471-285482	292972-292983	432294-432305
246610-246621	257434-257445	285574-285585	292994-293005	432316-432320
246632-246643	257876-257880	285670-285681	293016-293020	432331-432342
246676-246680	258031-258042	285692-285703	293053-293064	432434-432445
		285994-286005	286252-286263	531812-531823

PLANIFICATION DE L'OFFRE MÉDICALE

30 MAI 2002. - Arrêté royal relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 14.6.2002)

[...]

CHAPITRE 1^{er}. - Fixation du nombre des candidats ayant accès aux titres professionnels particuliers

Article 1^{er}. § 1^{er}. Le nombre de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour un titre de médecin généraliste ou de médecin spécialiste, à l'exception des titres visés à l'article 3 du présent arrêté est fixé à :

- 700 pour les années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

Par Communauté, ce chiffre est fixé à :

1° en ce qui concerne le nombre de candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence de la Communauté flamande :

- 420 pour les années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011;

2° en ce qui concerne le nombre de candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la Communauté française :

- 280 pour les années 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011.

§ 2. Le nombre de candidats qui, ont annuellement accès à la formation pour un titre de médecin spécialiste faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35quater de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, à l'exception des titres visés à l'article 3 du présent arrêté est fixé :

- à maximum 400 pour les années 2004, 2005, 2006;

Par Communauté, ce chiffre est fixé à :

1° en ce qui concerne les candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence de la Communauté flamande,

- maximum 240 pour les années 2004, 2005, 2006;

2° en ce qui concerne les candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la Communauté française,

- maximum 160 pour les années 2004, 2005, 2006;

§ 3. Le nombre de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour le titre de médecin généraliste, est fixé à :

- maximum 300 pour les années 2004, 2005, 2006;

Par Communauté, ce chiffre est fixé à :

1° en ce qui concerne les candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence de la Communauté flamande,

- maximum 180 pour les années 2004, 2005, 2006.

2° en ce qui concerne le nombre de candidats possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la Communauté française,

- maximum 120 pour les années 2004, 2005, 2006;

Art. 2. Le nombre minimum de candidats qui ont annuellement accès à la formation pour un titre de médecin spécialiste faisant l'objet de l'agrément visé à l'article 35quater de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, est fixé par année comme suit :

1° pour les universités relevant de la Communauté flamande :

2° pour les universités relevant de la Communauté française :

CHAPITRE II. - Titres professionnels pour lesquels la limitation du nombre de candidats n'est pas d'application

Art. 3. La liste visée à l'article 35novies , § 5, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, des titres professionnels visés à l'article 1^{er} et à l'article 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, pour lesquels la limitation du nombre de candidats visée à l'article 1^{er} n'est pas d'application, est fixée comme suit :

1° le titre de médecin spécialiste en gestion des données de santé;

2° le titre de médecin spécialiste en médecine médico-légale;

3° le titre de médecin spécialiste en médecine du travail;

4° le titre de médecin spécialiste en psychiatrie juvéno-infantile, pour les années 2004 à 2010, à concurrence d'un nombre de 20 candidats par an, dont 12 possédant un diplôme de fin d'études délivré par

une université relevant de la compétence de la Communauté flamande et 8 possédant un diplôme de fin d'études délivré par une université relevant de la compétence de la Communauté française;

5° les titres professionnels particuliers visés à l'article 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire.

CHAPITRE III. - Critères de sélection et de répartition des candidats

Art. 4. § 1^{er}. Le critère de sélection des candidats à l'obtention d'un des titres professionnels réservés aux médecins et visés à l'article 1^{er} et 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire consiste en une attestation prouvant que le candidat est retenu par une faculté de médecine pour la discipline dans laquelle il compte se former et qu'il y a accès à une formation spécifique organisée par une ou plusieurs universités et qui, pour les candidats spécialistes, coïncide avec les deux premières années de la formation.

§ 2. Les plans de stage des candidats généralistes et des candidats spécialistes ayant acquis leur diplôme dans une université relevant de la Communauté flamande ou de la Communauté française ne sont soumis aux commissions d'agrément compétentes et n'entrent en ligne de compte pour la durée de la formation qu'aux conditions suivantes :

1° le nombre total d'attestations, pour les universités relevant de la Communauté flamande ou pour les universités relevant de la Communauté française n'est pas supérieur au nombre respectif des candidats ayant accès à l'attribution des titres professionnels particuliers pour lesquels la limitation du nombre de candidats est d'application;

2° le nombre d'attestations relatives au titre professionnel particulier de médecin généraliste, pour les universités relevant de la Communauté flamande ou pour les universités relevant de la Communauté française n'est pas supérieur au nombre maximum respectif, des candidats ayant accès à l'attribution du titre professionnel de médecin généraliste;

3° le nombre d'attestations relatives aux titres professionnels particuliers de médecin spécialiste, pour les universités relevant de la Communauté flamande ou pour les universités relevant de la Communauté française, n'est pas supérieur au nombre maximum respectif de candidats ayant accès à l'attribution des titres professionnels de médecin spécialiste pour lesquels la limitation du nombre de candidats est d'application;

4° le nombre d'attestations relatives aux titres professionnels particuliers de médecin spécialiste, pour les universités relevant de la Communauté flamande ou pour les universités relevant de la Communauté française n'est pas inférieur aux nombres respectifs des candidats fixés pour chacun des titres professionnels de médecin spécialiste pour lesquels la limitation du nombre de candidats est d'application;

5° si aucune solution ne permet d'aboutir à la sélection d'un nombre adéquat, pour l'année 2004 ou pour l'année 2005, pour les universités relevant d'une Communauté donnée, le surplus de médecins spécialistes ou de médecins généralistes est réparti, à compter de l'année suivante, en déduction des nombres fixés, sur un nombre d'années égal à la durée des études universitaires conduisant au diplôme de médecin.

§ 3. Si, pour les années 2004, 2005 et 2006, le nombre d'attestations visées au § 1^{er}, pour les universités relevant de la Communauté flamande ou de la Communauté française, est inférieur au nombre minimum de candidats ayant accès à l'attribution des titres professionnels particuliers pour lesquels la limitation du nombre de candidats est d'application,

1° les candidats sont répartis entre spécialistes et généralistes à concurrence, respectivement, de 57 % et 43 %, étant entendu qu'un nombre minimum de candidats spécialistes est garanti, 180 pour la Communauté flamande et 120 pour la Communauté française;

2° il peut être dérogé au § 2, 4° du présent article, à condition de répartir, entre les différents titres professionnels particuliers de médecin spécialiste, le nombre total d'attestations relatives aux titres professionnels particuliers de médecin spécialiste, en proportion des nombres minimaux fixés à l'article 2;

3° le nombre manquant de médecins généralistes et de médecins spécialistes est réparti en crédit sur une ou plusieurs des années suivantes et au maximum sur un nombre d'années égal au nombre des années d'études universitaires conduisant au diplôme de médecin.

Art. 5. L'arrêté royal du 29 août 1997 fixant le nombre global de médecins répartis par Communauté ayant accès à l'attribution de certains titres professionnels particuliers, modifié par les arrêtés royaux des 7 novembre 2000 et 10 novembre 2000, est abrogé.

Art. 6. Notre Ministre de la Protection de la Consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

SUPPLEMENTS DEMANDES POUR DES PASSAGES « NON JUSTIFIES » DANS LES SERVICES DES URGENCES

Communiqué de presse (29-05-2002) du Belgian College of Emergency Physicians (BECEP)* à propos des suppléments demandés aux patients par les hôpitaux du réseau Caritas pour des passages « non justifiés » dans les services des urgences

Les médecins urgentistes belges se sont toujours opposés à une pénalisation financière des patients qui se présentent dans les services des urgences.

Ils savent parfaitement que c'est seulement après un examen médical approfondi qu'on peut différencier les vraies urgences des urgences ressenties.

De plus, ils sont bien conscients – notamment par des études scientifiques consacrées à ce sujet – qu'en introduisant une pénalisation financière on contraint les classes sociales fragilisées à postposer le recours aux soins avec les conséquences néfastes que cela entraîne en termes de santé publique.

D'autre part, il est logique que les hôpitaux, dont le Ministre des Affaires Sociales entend diminuer arbitrairement le subside de fonctionnement des services des urgences, cherchent d'autres sources de financement pour continuer à faire face aux charges structurelles – personnel et infrastructures – qui, elles, ne diminuent pas.

Dès que le BeCEP a eu connaissance des intentions du Ministre des Affaires Sociales de diminuer le budget des urgences, les urgentistes ont dénoncé les conséquences délétères de ces projets, notamment en ce qu'il obère la fonction de « safety net » social rempli par les services des urgences.

Si, finalement, les hôpitaux devaient être légalement obligés de percevoir une contribution supplémentaire de la part des patients pour leur passage aux urgences, ceci n'est acceptable pour les médecins urgentistes que si la population est informée, sans ambiguïté aucune, que cette contribution, imposée par le pouvoir politique, concerne tous les patients se présentant aux urgences et ne pénalise pas uniquement certaines catégories sociales.

Dans cet esprit, les médecins urgentistes sont en train de réfléchir s'ils doivent continuer à assumer – et si oui dans quelles conditions – des missions importantes de santé publique qu'on exige d'eux et pour lesquelles aucun financement n'est actuellement prévu.

Dr Jan STROOBANTS
Président
03.280.40.55

j.stroobants@village.uunet.be

Dr Peter TODOROV
Secrétaire
03.280.40.55
0475.44.84.89

ptodorov@skynet.be
peter.todorov@rhms.be

* : le BeCEP est la seule organisation professionnelle représentative des médecins spécialistes en médecine d'urgence en Belgique

CRITERES D'AGREMENT EN PSYCHIATRIE - ERRATUM

3 JANVIER 2002. - Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie de l'adulte et des médecins spécialistes en psychiatrie, particulièrement en psychiatrie infanto-juvénile. - Erratum (M.B. du 16.3.2002)

Moniteur belge du 21 février 2002, pages 6666 et 6668.

A la page 6666, dans le texte néerlandais, dans l'article 4, il y a lieu de remplacer le mot « stageboekje » par le mot « stageplan ».

A la page 6668, l'article 24 doit être lu comme suit : « Art. 24. Par dérogation aux articles 1^{er}, 2 et 3, peut être agréé comme porteur du titre professionnel particulier en psychiatrie de l'adulte ou en psychiatrie infanto-juvénile, un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie notoirement connu comme compétent dans ce domaine et qui apporte la preuve qu'il exerce cette discipline de manière substantielle et importante, depuis quatre années au moins après son agrégation comme médecin spécialiste, avec un niveau de connaissance suffisant. Il en fait la demande dans les cinq ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté. »

A la page 6668, l'article 25 doit être lu comme suit : « Art. 25. Par dérogation aux articles 1^{er}, 2, et 3, une période de stage en psychiatrie de l'adulte, ou infanto-juvénile en tant que candidat ou en tant que médecin spécialiste, entamée avant l'entrée en vigueur du présent arrêté et se prolongeant après celle-ci, pourra être validée en tant que formation pour autant que la demande de validation soit introduite dans un délai de 12 mois à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté. » .

NOMENCLATURE ART. 31 – APPAREILS DE CORRECTION AUDITIVE

23 AVRIL 2002. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 17.5.2002)

[...]

Article 1^{er}. A l'article 31, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 30 décembre 1985, 2 septembre 1991, 20 janvier 1993, 28 mars 1995 et 19 septembre 1999, sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1^{er} l'intitulé "Appareils de correction auditive fonctionnant ." est remplacé par "1. Appareils de correction auditive fonctionnant .";

2° au § 1^{er} après la prestation 679114 la règle d'application est supprimée;

3° au § 1^{er} sont introduits après la prestation 679114 l'intitulé et les prestations suivantes :

« 2. Appareils de correction auditive en cas d'impossibilité d'audiométrie vocale fonctionnant :

a) par conduction aérienne :

679254

Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus S 416

679276

Appareillage monophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans S 416

679291

Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus S 824

679313

Appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans S 824

679335

Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de 12 ans et plus S 408

679350

Appareil controlatéral par rapport à la fourniture précédente pour passage à l'appareillage stéréophonique pour les bénéficiaires de moins de 12 ans S 408

b) par conduction osseuse :

679372

Supplément S 56

679394

c) Intervention forfaitaire pour l'(les) embout(s) moulé(s), lorsqu'en définitive aucun appareil auditif n'est délivré après les tests S 53 »

4° le § 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« § 2. Les prestations visées au § 1 ne sont remboursées que lorsqu'elles sont prescrites par un médecin, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et seulement après réception par celui-ci du rapport du test.

Le test avec un appareil de correction auditive est prescrit par un médecin, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, sur base d'une audiométrie tonale qui démontre :

- soit un déficit d'au moins 40 dB (moyenne des mesures aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz) à l'oreille à appareiller;

- soit un déficit d'au moins 45 dB (moyenne des mesures aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz) à la meilleure oreille en cas de surdité bilatérale et symétrique (maximum 30 dB en moyenne d'écart entre les mesures aux fréquences de 1 000, 2 000 et 4 000 Hertz) lorsque le test avec un appareillage bilatéral stéréophonique est prescrit.

Pour les enfants de moins de 6 ans, cette référence à une audiométrie tonale n'est pas requise.

Le test comprend un rapport détaillé, destiné au médecin prescripteur, reprenant toutes les indications lui permettant de juger de l'efficacité de la correction auditive, notamment (sauf s'il s'agit d'enfants de moins de 6 ans), les résultats d'une audiométrie vocale en champ libre, avec et sans l'appareil proposé (courbes d'intelligibilité - indices vocaux).

Lorsqu'un test avec un appareillage bilatéral stéréophonique est prescrit, l'audiométrie vocale est également réalisée séparément avec un appareillage monaural gauche et droit.

Dans le cas où, pour des raisons médicales notées dans la prescription d'essai, toute audiométrie vocale de contrôle d'efficacité significative est impossible à réaliser, il y a lieu d'effectuer une audiométrie tonale liminaire en champ libre, démontrant que l'appareillage apporte un gain moyen minimum de 10 dB en cas de monophonie et de 13 dB en cas de stéréophonie sur des fréquences 1 000, 2 000 et 4 000 Hz.

Le rapport est complété après une période de quinze jours pendant laquelle un spécimen de l'appareillage proposé est mis à la disposition du bénéficiaire. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge .

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

NOMENCLATURE ART. 17BIS ECHOGRAPHIE

27 FEVRIER 2002. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. - Erratum (M.B. du 20.3.2002)

Au Moniteur belge du 1^{er} mars 2002, édition 2, à la page 8110, à l'article 6, E, le numéro de prestation 460773 est remplacé par le numéro 461156.

A la page 8111, à l'article 7, A, 2 et 7, B, le numéro de prestation 460773 - 460784 est remplacé par le numéro 461156 - 461160.

MENACES SUR LES SOINS PÉDIATRIQUES À L'HÔPITAL *Communication de l'Académie belge de Pédiatrie – Avril 2002*

L'éventail des tâches du pédiatre en hôpital s'est considérablement élargi au cours des dix dernières années. Ses activités hospitalières englobent tant la concertation prénatale avec l'obstétricien que la prise en charge et les soins du nouveau-né à l'accouchement, à la maternité, et en unité néonatale.

Simultanément, il lui faut assumer les soins ambulatoires (consultations), l'hospitalisation de jour et les "véritables" hospitalisations (jour et nuit) de l'enfant de 0 à 16 ans. Et de surcroît, lui échoit l'accueil des enfants au service des urgences. En plus des activités programmées, le planning de travail est souvent gravement perturbé par des événements imprévisibles en salle d'accouchement et aux urgences. Il faut souligner à ce propos que les enfants se présentant dans un service d'urgence représentent quelque 25% de l'ensemble des patients. Ceci génère un niveau de stress significatif tant au niveau du patient que du médecin. En dehors de cette charge clinique, le pédiatre doit encore faire face à des tâches administratives hospitalières sans cesse plus prenantes et consacrer du temps au recyclage scientifique permanent.

Les pédiatres ne se préoccupent pas seulement de l'examen, du diagnostic et du traitement de leurs patients : les enfants. Ils prennent aussi en charge l'information et la formation de leurs parents, en tenant compte de leurs craintes, leurs soucis et leurs activités professionnelles ou autres.

A l'heure actuelle, la société ne permet que difficilement à des parents d'interrompre leur travail pour s'occuper d'un enfant malade. La maladie de l'enfant, ou toute autre situation "hors-normes", contrarie souvent le parcours normal de parents déjà stressés qui estiment que leur problème doit être traité aussi vite que possible.

Souvent, des parents qui travaillent à l'extérieur apprennent que leur enfant est malade au moment où ils le récupèrent chez les grand-parents, la gardienne ou la crèche, à la fin de leur journée de travail.

Nombre d'entre eux doivent alors chercher rapidement une solution pour obtenir une aide médicale en dehors des heures habituelles de fonctionnement.

Dans notre pays, la nomenclature médicale est basée essentiellement sur les prestations techniques, pour rémunérer le médecin. Il est de notoriété publique, les publications de l'INAMI en attestent, que les praticiens des disciplines pauvres en actes techniques, généralistes, gériatres, psychiatres et pédo-psychiatres, tout autant que les pédiatres, se situent au bas de l'échelle des revenus. De faibles rentrées financières n'autorisent aux pédiatres que des équipes peu étoffées, en petit nombre. Il en résulte une lourde charge de travail pour chacun, aggravée par le caractère imprévisible des activités de jour tardives, de nuit, et de week-end déjà décrites plus haut. Tout ceci n'incite guère le jeune pédiatre à venir exercer en milieu hospitalier.

La pédiatrie est devenue une spécialité essentiellement féminine. Ces pédiatres veulent, avec leur conjoint, pouvoir consacrer du temps à leur famille. Et leurs rares confrères masculins, en accord avec la conception actuelle de la société, désirent aussi avoir des centres d'intérêt extra-professionnels. Depuis l'entrée en vigueur de la loi Colla les concernant, les spécialistes en formation se sont habitués à bénéficier d'un horaire fixe, complété de temps de récupération après les gardes du soir et de nuit. L'actuel horaire du pédiatre hospitalier comportant 80 heures en moyenne par semaine sans aucune récupération des nuits leur paraît inadmissible.

Les premières conséquences de cet état de fait deviennent déjà perceptibles et ne feront qu'empirer dans les années à venir. De plus, avec la mise en place du numerus clausus, le nombre de pédiatres en formation va chuter de manière drastique. Les hôpitaux ne disposant que de petites équipes pédiatriques ne sont déjà plus à même d'attirer de jeunes pédiatres. Nos collègues en fin de carrière ne seront plus remplacés. En fin de compte, ces hôpitaux devront fonctionner sans pédiatre, mettant ainsi en danger la qualité des soins de santé aux nouveau-nés et aux enfants.

Cette évolution, déjà amorcée, ne peut être enrayée que par un financement et une amélioration substantielle des conditions de travail, permettant la mise sur pied de plus grandes équipes de travail.

Ce n'est qu'ainsi que la pédiatrie hospitalière redeviendra attractive pour les jeunes pédiatres. De plus, un financement suffisant du troisième échelon doit être prévu pour continuer à développer des soins spécialisés de haut niveau pour les enfants. Ainsi pourra-t-on obtenir aussi une amélioration croissante de la répartition du travail entre le premier, le deuxième et le troisième échelon.

Commentaires

RECONNAISSANCE MUTUELLE DES DIPLOMES AU SEIN DE L'UNION EUROPEENNE

C.C.Leibbrandt, Secrétaire général de l'UEMS

En 1957, la France, l'Italie, l'Allemagne et les pays du Benelux ont signé le traité de Rome dans lequel il était prévu que ces pays jetteraient les bases d'une union économique garantissant la libre circulation des marchandises, des capitaux, des personnes et des services. A l'art. 57 dans lequel les professions médicales sont notamment mentionnées, la reconnaissance mutuelle des diplômes est annoncée. La "Directive Médecins", qui est en fait un arrêté d'exécution, s'est fait attendre jusqu'en 1975. Toutefois, depuis 1975, la reconnaissance mutuelle des diplômes entre les pays de l'Union européenne et les pays associés (Norvège, Islande, Liechtenstein et prochainement la Suisse) est devenue une réalité dans les textes de loi. La Directive (dénomination actuelle 1993/16/CE avec amendements) concerne uniquement les ressortissants d'un de ces pays et les diplômes obtenus dans ces pays.

La "Directive Médecins" relève de la Direction "Marché interne" (Commissaire européen F. Bolkestein). Cela indique d'emblée que l'objectif premier de la Directive est la libre circulation des personnes et des services. Toutefois, la reconnaissance mutuelle des diplômes implique également l'harmonisation de la qualité des formations. C'est pour cette raison que les organisations nationales de spécialistes ont fondé, dès 1958, l'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), une organisation regroupant les associations de spécialistes nationales et structurée en sections par spécialité. Depuis 1975, l'UEMS et ses sections spécialisées conseillent la Commission européenne dans les dossiers relatifs à la qualité. Elle exerce son rôle de conseiller au sein du Comité consultatif statutaire Formations médicales de la Direction Marché Interne.

La Commission européenne et la profession ont d'emblée perçu la Directive différemment. La Commission conçoit la Directive principalement comme un instrument en faveur de la liberté des échanges tandis que la profession médicale entend utiliser la Directive comme un instrument de qualité. Cette vision se fonde sur l'alinéa 3 de l'article susvisé du Traité de Rome, lequel stipule que la levée progressive des entraves dépendra de la coordination des conditions dans lesquelles les professions sont exercées dans les différents pays.

Cela apparaît dans la Directive avec la durée minimale des formations. Celles-ci ont été fixées en 1975, notamment sur avis des organisations professionnelles. Bien que ces minima soient bas, dans certains cas, ces exigences minimales ne sont toujours pas satisfaites au niveau national. Remarquons qu'il s'agit d'une durée minimale. Les Etats membres sont libres d'opter pour des durées de formation plus longues.

Pour l'oto-rhino-laryngologie, la Directive prévoit une durée de formation minimale de 3 ans. Durant des années, l'UEMS a insisté pour que ces durées de formation minimales soient actualisées. En ce qui concerne l'ORL, l'UEMS et la Section de l'UEMS ont rendu, en 1996, un avis en faveur d'une durée de 6 ans. Dans le 4^e Avis du Comité consultatif de la Direction Marché interne, cette durée a été ramenée à 5 ans (1996). Ce même chiffre est donné dans le concept du 5^e Avis du Comité consultatif de 2001.

Les avis ne sont malheureusement pas repris dans la Directive. Celle-ci est systématiquement bloquée par le Conseil des ministres (dans le cas présent, les ministres des Affaires économiques). Le Conseil des ministres décide par consensus. Pour des motifs économiques, il s'avère impossible de parvenir à un consensus. La Commission européenne s'en tire en affirmant que la profession médicale est suffisamment bien organisée pour se charger de la mise en œuvre d'une politique de qualité au niveau européen. Entre-temps, le Comité consultatif est également mis hors service de facto à la suite du retrait du budget de ce Comité.

Une nouvelle évolution est à noter avec le rôle joué par la Cour européenne de justice de Luxembourg. Plusieurs confrères ont déposé plainte pour non-reconnaissance de diplômes par des

Etats membres. La Cour européenne soutient que le Traité de Rome prévaut et que, par voie de conséquence, les Directives, les arrêtés d'exécution, doivent être interprétés dans un sens large. De ce fait, la Cour a rendu des avis favorables à des confrères ayant suivi des formations ne satisfaisant pas (complètement) à la Directive. Il s'agit de formations qui n'ont pas été suivies (complètement) dans les limites de l'Union européenne ou de spécialités qui ne sont pas reconnues dans chaque Etat membre.

Il faut noter que cela a rapidement débouché sur l'amendement 2001/19/EC, en vertu duquel les Etats membres sont tenus, dans de tels cas, d'évaluer les formations suivies et de prendre une décision motivée. Cette décision peut être contestée en justice. La Cour européenne a alors le dernier mot. Vu l'état d'esprit actuel de la Cour, il est probable que la reconnaissance des diplômes deviendra progressivement plus aisée en cas de migration au sein de l'Union européenne. On attend de nouveaux arrêts de la Cour européenne de justice.

Pour de plus amples informations et pour les textes des Avis et les directives européennes, consultez le website de l'UEMS: www.uems.be
Avenue de la Couronne 20, Bruxelles – Tél. +32-2-649.5164 – Fax +32-2-640.3730 – e-mail: uems@skynet.be

**COMMUNICATION DU BUREAU CENTRAL DE L'ASSURANCE MALADIE DES
FONCTIONNAIRES DE L'UNION EUROPÉENNE**
—
DÉLIVRANCE DES DOCUMENTS OFFICIELS

Le régime commun d'assurance maladie (RCAM) des fonctionnaires de l'Union européenne a été constitué en 1968 par le Règlement du Conseil 259/68. Il couvre tous les fonctionnaires (et sous certaines conditions leurs familles) des Institutions de l'Union européenne, des Agences et Offices européennes et des Ecoles européennes et gère environ 85.000 bénéficiaires.

Conformément aux procédures de gestion internes du RCAM, le Bureau Central a décidé de rembourser dorénavant uniquement sur base des documents officiels à délivrer par les différents prestataires et établissements de santé. Vous trouverez ci-après une «Communication du Bureau Central de l'Assurance Maladie des Fonctionnaires de l'Union européenne» du 27 mars 2002 au sujet de la délivrance en Belgique des documents officiels comme pièces justificatives.

Cela implique pour les médecins (généralistes et spécialistes) qu'ils seront tenus de délivrer dans tous les cas l'attestation de soins donnés reprenant toutes les prestations fournies et avec mention du montant payé sur la souche du reçu si les honoraires sont payés comptant. Ceci concerne tant les prestations curatives que préventives, qu'elles soient couvertes ou non par l'INAMI.

En ce qui concerne les praticiens qui exercent leur activité en association et dont l'attestation de soins donnés ne contient pas la souche du reçu, il y aura lieu de mentionner le prix payé sur ce document.

En cas d'hospitalisation, les détails des honoraires médicaux et paramédicaux, y compris leurs suppléments, doivent figurer sur la facture individuelle de l'hôpital ou sur une note d'honoraires séparée (avec attestation globale de soins donnés) à percevoir par le Conseil Médical de l'établissement.

D'éventuels problèmes à ce sujet seront à communiquer par écrit à l'adresse suivante: Commission européenne - Bureau Central de l'Assurance Maladie, Bâtiment Belliard 28- 3/124- 1049 Bruxelles.

**COMMUNICATION DU BUREAU CENTRAL DE L'ASSURANCE MALADIE DES
FONCTIONNAIRES DE L'UNION EUROPEENNE – 27.03.2002**

Délivrance par les prestataires des documents officiels

Conformément aux procédures de gestion internes du régime commun d'assurance-maladie (RCAM) et suite aux informations communiquées par le Ministère des Finances et l'INAMI, le Bureau Central a décidé d'appliquer, avec effet immédiat, les dispositions citées ci-après au

sujet des pièces justificatives pour le remboursement des frais médicaux des bénéficiaires du RCAM.

Dorénavant les bureaux liquidateurs du RCAM n'accepteront en vue du remboursement que les documents exigés par les régimes nationaux et dont les factures sont conformes à la législation du pays dans lequel elles ont été émises.

En ce qui concerne la Belgique, il s'agit des différents modèles qui ont été déterminés par les arrêtés ministériels du 17/12/98 (Moniteur belge du 30/12/98) :

- les médecins (généralistes et spécialistes), les praticiens de l'art dentaire (en plus de nos modèles usuels codifiés de notes d'honoraires), les sage-femmes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les logopèdes et orthoptistes seront tenus de délivrer dans tous les cas l'attestation de soins donnés reprenant toutes les prestations fournies et avec mention du montant payé sur la souche du reçu. Ceci concerne tant les prestations curatives que préventives, qu'elles soient couvertes ou non par l'INAMI
- pour les praticiens précités qui exercent leur activité en association, et dont l'attestation de soins donnés ne contient pas la souche du reçu, il y aura lieu de mentionner le prix payé sur ce document
- en cas d'hospitalisation, une vignette de concordance devra être apposée sur la facture récapitulative; tous les montants, les détails des honoraires médicaux et paramédicaux, y compris leurs suppléments, doivent figurer sur la facture individuelle de l'hôpital ou sur une note d'honoraires séparée (avec attestation globale de soins donnés) à percevoir par le Conseil Médical de l'établissement
- tous les autres prestataires de soins non reconnus par l'INAMI comme les ostéopathes, les psychologues, les podologues, les chiropracteurs, les diététiciens ou toutes les autres professions libérales, seront tenus de délivrer dans tous les cas le reçu officiel
- les établissements de soins de santé, c.-à-d. les cliniques, les hôpitaux, les maisons de repos (et de soins), les laboratoires et les praticiens qui exercent leur activité en association, devront rédiger une attestation globale de soins donnés

**AVIS SUR L'UTILISATION DE LA DÉHYDROÉPIANDROSTÉRONNE-DHEA
DANS CERTAINES « CURES DE JOUVENCE »
Académie royale de Médecine**

Rapport de la Commission conjointe de l'Académie royale de Médecine et de la Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België.

La commission conjointe est constituée de MM A. Dresse, J. Nève, J-M. Boeynaems, U. Gaspard et A. Scheen d'une part et de MM. A. Vermeulen, R. Bouillon, P. Herdewijn, A. Herman et G. Verhoeven d'autre part. Elle s'est réunie les 26 janvier et 23 février 2002.

La tâche de cette commission est de proposer une réponse à une demande d'avis posée à l'Académie par le Dr J.-P. Squifflet, Président du Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins du Brabant concernant l'utilisation de la Déhydroépiandrostérone-DHEA dans certaines « cures de jouvence ».

La DHEA (ou prastérone) est un précurseur d'hormones sexuelles masculines (testostérone) et, à moindre degré, d'hormones féminines (estradiol).

Elle fait l'objet de campagnes publicitaires dans la lutte contre le vieillissement. Aux Etats-Unis, elle est autorisée depuis 1994 comme complément alimentaire mais n'a pas reçu d'autorisation de mise sur le marché comme médicament.

Le statut légal de la DHEA en Belgique est celui d'une hormone qui répond à la définition du médicament telle que précisée à l'article 1^{er} de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments. Sa commercialisation est donc soumise à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché. Aucun médicament à base de DHEA n'a actuellement cette autorisation en Belgique.

Toutefois, la DHEA peut être prescrite par un médecin sous forme d'une préparation magistrale réalisée par un pharmacien d'officine à partir d'une matière première qui doit être accompagnée d'un certificat d'analyse d'un laboratoire agréé.

Etant donné la situation particulière de la DHEA et le battage médiatique réalisé autour de cette substance, il est utile de faire le point, de façon critique, sur son efficacité éventuelle et les risques potentiels qu'elle présente.

La commission a donc examiné les données disponibles. Son travail fut fortement facilité par un rapport réalisé en juillet 2001 par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) à la demande du Ministre Bernard Kouchner. Le résumé et les conclusions présentés ci-dessous s'inspirent largement de ce rapport.

La DHEA synthétisée par la zone réticulée de la cortico-surrénale sous le contrôle de l'ACTH est de façon mineure transformée en testostérone et, à un degré moindre en estradiol dans les tissus périphériques

La DHEA existe dans le plasma humain sous deux formes : la forme libre DHEA et la forme sulfoconjuguée DHEA-S qui sont en interconversion métabolique permanente.

Sa concentration plasmatique évolue au cours de la vie : pendant l'enfance et jusqu'à 7-8 ans la production de DHEA par la cortico-surrénale est très faible. Les concentrations les plus élevées s'observent entre 18 et 45 ans puis décroissent avec l'âge. Le vieillissement s'accompagne en général d'une baisse progressive des taux de DHEA. Ce phénomène est utilisé par les défenseurs de l'emploi de DHEA chez les personnes âgées. Toutefois les valeurs atteintes chez le sujet âgé restent supérieures à celles observées chez l'enfant ou dans certains états pathologiques tels que l'insuffisance surrénalienne ou hypophysaire.

Il faut noter que les taux de DHEA et DHEA-S plasmatiques varient, d'un facteur de 1 à 20, dans une même tranche d'âge. Il existe une variation des taux au cours de la journée (rythme circadien) et des variations intra-individuelles spontanées parfois importantes.

Il n'est pas possible, en l'état actuel des connaissances, d'identifier une concentration plasmatique seuil de DHEA ou de DHEA-S en deçà de laquelle un déficit avec retentissement clinique justifierait un traitement substitutif.

Un effet pharmacologique direct de la DHEA n'a pas été démontré jusqu'à ce jour et aucun récepteur spécifique n'a été identifié. La DHEA et son métabolite la DHEA-S pourraient exercer une action dans le cerveau. La nature et l'importance de cette action restent à établir.

La DHEA est préconisée par certains dans la lutte contre le vieillissement mais les propriétés prêtées à la DHEA n'ont pas été établies de façon indiscutable. Dans l'étude DHEAge (Baulieu EE et al, PNAS 2000) réalisée en double aveugle sur 280 sujets pendant 1 an, aucun effet positif n'a été mis en évidence sur le critère principal, (échelle de sensation de bien-être). Des effets positifs ont été mis en évidence pour des critères secondaires dans des sous-groupes particuliers. A titre d'exemple, un effet positif sur la densité osseuse a été observé uniquement au niveau du col du fémur chez des femmes âgées de moins de 70 ans. Dans ce sous-groupe, la perte osseuse sous placebo était plus marquée que dans les autres groupes. Il n'y eu aucun effet positif pour les autres localisations ni chez les hommes, quel que soit leur âge.

Au plan de la sécurité, deux points méritent d'être signalés. L'utilisation de la DHEA s'est accompagnée, dans plusieurs études, et même à faible doses, d'une diminution du cholestérol HDL; la DHEA est donc susceptible d'augmenter le risque de maladie cardio-vasculaire. Par ailleurs, du fait de sa transformation hormonale, elle peut favoriser ou aggraver les cancers hormonodépendants. Ces risques potentiels sont susceptibles d'être plus importants en cas d'augmentation des doses ou de la durée du traitement.

D'autre part, la DHEA aurait montré, selon certains auteurs mais pas pour d'autres, un intérêt potentiel dans le cas très particulier des insuffisances surrénaliennes. Elle fait l'objet d'un programme de développement clinique dans le traitement du lupus.

En conclusion, l'utilisation de la DHEA dans les troubles liés à la sénescence ne nous paraît pas défendable car son efficacité n'a pas été démontrée dans des études cliniques contrôlées. Elle présente, lors d'une utilisation prolongée ou à doses élevées, des risques liés à la stimulation des cancers hormonodépendants (prostate, sein, utérus) et à la baisse de l'HDL cholestérol.

Remarque : le texte complet du rapport de l'AFFSPS peut être trouvé sur le site <http://www.agmed.sante.gouv.fr/pdf/5/dhea1.pdf>

Ce rapport a été approuvé par l'Académie royale de Médecine de Belgique en sa séance du 23 mars 2002.

ENDORSEMENT BONE & JOINT DECADE

On Saturday, June 1, 2002, in Bruges, Minister Vandembroucke endorsed the Belgian National Action Network in the Bone & Joint Decade after the symposium on The Impact of Road Traffic Trauma on Society.

This of course is not an end but just a beginning of our activities.

Professor Lars Lidgren, B&JD President, suggested that we should include more patient groups in this set-up.

This had already been suggested by Dr. Griet De Brabanter, President of a Patient Partners Program.

Professor Lidgren indeed suggested that including patient groups and all related societies, would enable us to have more political impact and pressure power to influence the governmental decision-making process. This would potentially release funds to sponsor scientific and other professional projects including impact on society.

More details and further information is available at the Bone and Joint Decade website www.boneandjointdecade.org. For any suggestion about the Bone and Joint Decade activities, please contact Prof. Dr. R.VERDONK, Coordinator Belgian Chapter Bone and Joint (Dept. of Orthopaedic Surgery, Ghent University Hospital, Belgium, Tel: + 32 9 240.22.64/22.48, Fax: + 32 9 240.49.75, e-mail: rene.verdonk@rug.ac.be).

DECLARATION

Musculoskeletal conditions are crippling diseases that are the most common causes of severe long-term pain and physical disability, affecting hundreds of millions of people across the world. The extent of human suffering is expected to worsen as people live longer and the number of accidents increases. Resulting health problems will cause a significant economic burden, escalating the amount of money that governments will need to spend and potentially denying patients the right to necessary treatments and rehabilitation.

We, the undersigned, propose that 2000 – 2010 be designated as the decade committed to improving quality of life for people with bone and joint diseases and injuries throughout the world.

On behalf of the Belgian Government

I hereby sign the declaration above.

Frank Vandembroucke

PRIX BIENNAL SPA FOUNDATION "THE ORIGINAL SPA WATER" 2003

REGLEMENT

- Art. 1. Le Prix international Spa Foundation "The Original Spa Water", d'un montant de 40.000 EUR, couronne tous les deux ans une contribution originale ayant pour thème "L'eau à travers le cycle de la vie".
- Art. 2. Le Prix 2003 est réservé au domaine "Eau et Croissance" (*). Ce Prix international est destiné à récompenser un chercheur ou une équipe de chercheurs qui s'est illustré(e) dans des travaux cliniques et/ou expérimentaux dans le domaine du métabolisme de l'eau chez le nouveau-né et le prématuré.

- Art. 3. Les candidats au Prix ne peuvent avoir obtenu précédemment un Prix supérieur destiné à promouvoir les travaux présentés ; le Jury peut déroger à cette règle.
- Art. 4. Les bénéficiaires d'un contrat de recherches subventionné par Spa Monopole ou une Société faisant partie du même groupe financier ne peuvent participer au Prix.
- Art. 5. Les candidatures, rédigées en langue anglaise, doivent être adressées, sous pli confidentiel, à la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à BE - 1000 Bruxelles (Belgique), au moyen du formulaire adéquat, **pour le 1^{er} novembre 2002.** Deux photographies (13x18) du ou des candidat(s) doivent être jointes au formulaire.
- Art. 6. Toutes questions concernant la recevabilité des candidatures ainsi que l'octroi du Prix sont tranchées, sans recours, par le Fonds National de la Recherche Scientifique.
- Art. 7. Le Prix sera attribué au lauréat ou à l'équipe lauréate par le Fonds National de la Recherche Scientifique, sur proposition du Jury constitué par le Fonds National.
- Art. 8. Le F.N.R.S. peut décider de ne pas attribuer le Prix. Dans cette éventualité, une nouvelle procédure sera instaurée sans que soient modifiées les dates d'octroi des Prix subséquents.
- Art. 9. Spa Monopole se réserve, après consultation de l'auteur ou des auteurs, le droit préférentiel quant à une éventuelle exploitation industrielle et/ou commerciale des travaux primés.
- Art. 10. Les présentations, rapports et propositions relatifs au Prix ne peuvent être ni révélés ni publiés.

Mai 2002.

- (*) L'eau est essentielle au développement de la vie. Elle est le milieu naturel dans lequel se développent et se différencient les premières cellules humaines. Elle demeure l'environnement naturel du fœtus qui, comme à l'origine de l'évolution, se développe en milieu aqueux.
L'immaturation du rein et de l'intestin de prématuré a un impact majeur sur le métabolisme hydrominéral et sur la croissance ultérieure du nouveau-né.
Les pertes d'eau insensibles sont critiques car elles constituent les pertes les plus importantes pendant la période néonatale, plus particulièrement chez le prématuré.

PRIX SCIENTIFIQUE CEN-SCK – PROF. ROGER VAN GEEN 2003 REGLEMENT

- Art. 1. A l'initiative du **Centre d'Etudes pour l'Energie nucléaire (CEN-SCK)**, le Fonds National de la Recherche Scientifique (F.N.R.S.) accorde un **Prix biennal** d'un montant de **12.500 EUR**.
- Art. 2. Par ce Prix, le CEN-SCK veut stimuler la collaboration entre les universités et institutions de recherches belges et le CEN-SCK, ainsi que soutenir la recherche scientifique dans le domaine nucléaire.
- Art. 3. Le travail présenté portera sur une contribution originale ou une réalisation d'un progrès important dans le domaine de **la recherche nucléaire fondamentale ou appliquée, en ce compris les applications médicales et les aspects sociétaux**. Le travail présenté doit s'inscrire dans ou avoir une relation potentielle avec les objectifs du CEN-SCK. (*)
- Art. 4. Le travail est d'un niveau post-doctoral et ne peut pas avoir été couronné auparavant. Le travail doit être établi sous la forme d'un memorandum (max. 30 pages), soit dans la langue du régime linguistique concerné, soit en anglais. Il présentera, en tout cas, un résumé substantiel rédigé en anglais. Une biographie et une bibliographie du candidat doivent être ajoutées.
- Art. 5. Le Prix est réservé à un travail individuel.
Seront pris en considération pour le secteur francophone, les chercheurs attachés à l'une des neuf institutions universitaires reprises à l'article 1 du décret du 5 septembre 1994 relatif au régime des études universitaires et des grades académiques de la Communauté française de Belgique. Les candidatures venant des institutions de recherches (telles que l'ERM, l'IRM, le CRM, ...) seront également prises en considération.
Seront pris en considération pour le secteur néerlandophone, les chercheurs attachés à une université flamande reprise à l'article 3 du décret du 12 juin 1991 relatif aux universités dans la Communauté flamande. Les candidatures venant des institutions de recherches (telles que la KMS, KMI, VITO, IMEC, VIB, ...) seront également prises en considération.

- Art. 6. Les candidats doivent être de nationalité belge ou de nationalité d'un Etat membre de l'Union européenne. Ils ne peuvent avoir dépassé l'âge de 40 ans.
- Art. 7. Les membres du personnel du CEN·SCK ne peuvent participer au Prix CEN·SCK - Prof. Roger VAN GEEN.
- Art. 8. Les candidatures doivent être introduites au moyen du formulaire ad hoc **pour le 15 novembre 2002** auprès du Secrétariat général du Fonds National de la Recherche Scientifique, rue d'Egmont 5 à 1000 Bruxelles.
- Art. 9. Le Prix sera attribué par le Conseil d'administration du F.N.R.S. sur proposition du Jury constitué par le F.N.R.S.
- Art. 10. Le Conseil d'administration du F.N.R.S. peut décider de ne pas octroyer le Prix. Dans ce cas, celui-ci sera reporté à l'année suivante et une nouvelle procédure sera instaurée pour le Prix non attribué, sans que soient modifiées les dates d'octroi des Prix subséquents.
- Art. 11. Toutes questions que soulèvent la recevabilité des candidatures, ainsi que l'octroi du Prix, seront tranchées, sans recours, par le F.N.R.S.
- Art. 12. Le CEN·SCK se réserve, après concertation avec l'auteur, un droit préférentiel quant à l'exploitation industrielle et/ou commerciale du travail couronné.
- Art. 13. Le CEN·SCK pourra éventuellement, après concertation avec l'auteur, publier le travail primé en mentionnant les nom et qualité de l'auteur.
- Art. 14. Les oeuvres et les rapports non retenus ainsi que les propositions relatives à l'octroi du Prix scientifique CEN·SCK - Prof. Roger VAN GEEN sont traités confidentiellement et ne peuvent être ni communiqués, ni publiés.

Mars 2002.

(*) Par des recherches et développements, de la formation, de la communication et des services, le CEN·SCK ap-portera des innovations dans une perspective de développement durable en :

- sûreté nucléaire et protection radiologique,
- applications industrielles et médicales des rayonnements,
- traitements de fin de cycle,
- intégration des aspects sociétaux dans la recherche nucléaire.

Pour plus d'informations sur les activités du CEN·SCK : www.sckcen.be

PRIX VAN GYSEL POUR LA RECHERCHE BIOMÉDICALE EN EUROPE REGLEMENT DU PRIX - 2003

Article 1.

Il est institué un Prix triennal de 100.000 Euros intitulé "Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe".

Ce Prix, destiné à favoriser le développement du haut enseignement et de la recherche dans le domaine biomédical, peut être attribué à un ou à plusieurs chercheur(s) travaillant en équipe (3 maximum) - ou exceptionnellement à une personne morale - membre(s) d'un pays de l'Union Européenne, et ayant apporté une contribution significative aux sciences biomédicales. Le ou les candidats ne peu(ven)t avoir dépassé l'âge de 55 ans au 31 décembre 2002.

Le "Prix van GYSEL" a été attribué pour la première fois en 1990, et depuis 1994, tous les trois ans, c'est-à-dire 1997, 2000, 2003, etc...

Article 2.

Les candidatures au "Prix van GYSEL" devront obligatoirement être présentées par :

- deux personnalités, membres des Académies de Médecine ou des Sciences ou d'institutions similaires des pays membres de l'Union Européenne,

ou

- un titulaire du "Prix van GYSEL".

Article 3.

Un titulaire du "Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe" ne peut être présenté une seconde fois comme candidat. De même, le titulaire d'un Prix scientifique égal ou supérieur à 100.000 Euros ne pourra être présenté comme candidat.

Article 4.

Les présentations, en 7 exemplaires, seront accompagnées des documents suivants, rédigés en anglais :

- curriculum vitae,
- liste complète des publications,
- document de synthèse résumant l'essentiel de l'oeuvre scientifique du candidat, en cinq pages maximum,
- les tirés-à-part des 5 travaux les plus représentatifs du candidat.

Les présentations doivent parvenir, au plus tard le **31 décembre 2002**, à Mme M.-J. SIMOEN, Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique (F.N.R.S.), 5 rue d'Egmont, BE - 1000 Bruxelles (Belgique), tél. : 00.32.2.504.92.40, fax : 00.32.2.504.92.92, e-mail : mjsimoen@fnrs.be, site web : www.fnrs.be.

Article 5.

Le "Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe" est attribué par le Conseil d'administration de la Fondation. Ce dernier use des moyens d'information qui lui semblent utiles pour s'éclairer sur la valeur des travaux présentés et peut constituer, notamment, un Jury chargé de lui faire rapport. Le Jury sera composé, outre le secrétaire perpétuel de "l'Académie royale de Médecine de Belgique" et le secrétaire perpétuel de la "Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België", de cinq personnalités scientifiques de nationalité étrangère.

La présidence du Jury revient au membre le plus âgé des personnalités étrangères.

Article 6.

Pour que le Jury puisse délibérer valablement, cinq membres au moins doivent être présents. Le vote est secret. Un candidat obtenant à un des trois premiers tours de scrutin la majorité absolue, c'est-à-dire plus de la moitié des voix des membres présents, est considéré comme régulièrement présenté. Si aucun candidat n'obtient une telle majorité au troisième tour, il est procédé à un quatrième et dernier tour de scrutin; la majorité relative des membres présents est alors reconnue comme suffisante pour que la présentation soit régulière. En cas d'une proposition ex aequo, le candidat le plus jeune est considéré comme premier candidat.

Les délibérations du Jury font l'objet d'un rapport signé par les membres présents.

Article 7.

La proposition du Jury sera soumise, dans les meilleurs délais, au Conseil d'administration de la Fondation et ne sera pas divulguée avant que ce dernier n'ait décidé de l'attribution du Prix.

Article 8.

La remise du "Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe" aura lieu au cours d'une séance solennelle et conjointe des deux Académies royales de Médecine de Belgique, présidée alternativement par un des deux présidents.

Article 9.

Les présentations, les rapports et les propositions relatifs au "Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe" sont confidentiels et ne pourront être ni révélés, ni publiés. Ils restent la propriété de la Fondation.

Avril 2002.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

***Vidéoconférence "L'actualité de la cardiologie européenne"
12 septembre 2002 dans 24 villes en France***

Un programme proposé par le Council for Cardiology Practice

Emission spéciale en direct et interactive :

- Les résultats des études présentées à l'ESC

- Les pratiques cardiologiques en Europe
- Les résultats commentés et débattus du sondage sur la FMC

Sur chacun des 24 sites :

20 h 00 : Accueil des cardiologues – Buffet dînatoire
 20 h 55 : Introduction
 21 h 00 : Début du direct, reportages concis commentés par des experts
 22 h 00 : Fin de la 1^{ère} partie, discussion régionale et élaboration des questions, suite du dîner
 22 h 30 : Reprise d'antenne et réponses aux questions
 23 h 15 : Fin de l'émission

Pour de plus amples renseignements :

CCC Congrès Colloques Conventions, autorisation 9830, 75482 PARIS CEDEX 10, FRANCE

**14^e Congrès national du Collège national des cardiologues français (CNCF)
 19 – 21 septembre 2002 – Cannes (France)**

Symposium Novartis dans le cadre du congrès :
Comment traiter le patient insuffisant cardiaque en 2002
 21 septembre 2002 de 11 h 15 à 12 h 15

- 1^{ère} partie : Le suivi actuel de l'insuffisant cardiaque systolique. *Echographie : Que mesurer après la fraction d'éjection?*
 – Place du BNP dans le suivi
- 2^e partie : Le traitement actuel de l'insuffisant cardiaque. *Prise en charge non pharmacologique du patient* – Quel médicament pour quel patient?
- 3^e partie : Discussion et conclusion

Renseignements et inscriptions : Virginie Tabart, Société CCC, 32 rue de Paradis, 75010 PARIS Tél. : 00.33.1.45.23.96.06 – Fax : 00.33.1.45.23.96.08 – E-mail : v.tabart@societeccc.fr

**Evidence-based pediatrics
 21 septembre 2002**

Sujet : Introduction à l'Evidence Based Medicine et à ses applications en pédiatrie
Organisation : Drs de Selys, Devreker et Pletincx, Départements de pédiatrie, Clinique St Jean et Cliniques St Etienne et St Anne, 1000 Bruxelles
Information : E-mail : arieldeselys@brutele.be
Lieu : Auditoire Fortis, rue de la Chancellerie – Bruxelles

ANNONCES

- 02028 **ARLON** : Cabinet de sénologie cherche **RADIOLOGUE** avec **COMPÉTENCE EN SÉNOLOGIE**. Pour tout renseignement, contacter le Dr Nagoda Niklewicz au 0495/51.53.68 – fax : 063/23.98.39.
- 02040 **FRANCE** (Annecy) : **GYNÉCOLOGUE** belge recherche confrère en vue succession. Activité privée en clinique : chirurgie, accouchements, chirurgie cancérologique à développer. Plateau technique de qualité. Tél. soir-we : 00.33.4.50.46.76.86.
- 02041 A l'approche des déclarations fiscales, le Bureau COMPTAMEDIFISC, spécialisé en **COMPTABILITÉ** et en **FISCALITÉ** dans le domaine des **PROFESSIONS LIBÉRALES**, vous propose ses services : 0475/400.568 ou 04/252.46.61.
- 02042 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth engage **TECHNICIEN EN NEUROPHYSIOLOGIE** mi-temps : tél. : 081/46.06.39 après 20 h.
- 02043 **NAMUR** : Service de neurologie Clinique Sainte-Elisabeth engage, pour 6 mois ou 1 an à partir du 1.9.2002, **MÉDECIN GÉNÉRALISTE** full-time : tél. : 081/46.06.39 après 20 h.
- 02044 **AUVELAIS** : Le Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre ouvre un poste de **CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE-TRAUMATOLOGUE**, vacant au 1^{er} juillet 2002. Les contacts peuvent être pris avec le Dr A. Velghe, C.H.R.V.S., 071/26.52.11 ou par e-mail (antoine.velghe@mail.chrvs.be).

- 02046 **A VENDRE : BOUGE (NAMUR)** chee Louvain à vendre villa de style 4 fac/8 ares salon 30 m2 f.o. cuis. équip. grd hall wc vestiaire 4 ch sdb deb gren d.vitr. caves gar buand cour jard prox E411 bus comm très bon état libre 173.000 euros 081/20.16.02.
- 02047 **BRUXELLES** : Polyclinique de Bruxelles Midi, grande affluence, cherche **DENTISTE** et **ORTHODONTISTE** pour 2^e cabinet libre. Tél. : 02/523.25.00 lundi et jeudi 9 h à 17 h.
- 02048 **BRUXELLES** : Ouverture d'un poste de **DERMATOLOGUE** à temps partiel à la Clinique générale Saint-Jean. Les candidatures avec curriculum vitae sont à envoyer au : Dr D. Willocx, Chef de clinique, Service de dermatologie, Clinique Générale Saint-Jean, 104 rue du Marais, 1000 Bruxelles.
- 02049 **FRANCE (FAYENCE, VAR)** : Possibilité de pratique d'**OPHTALMOLOGUE** à temps plein ou partiel. Info : Dr Jacques Marais, 41 route de la Gare, F – 83440 FAYENCE Tél. : 00.33.4.94.84.19.39
- 02050 **FRANCE (NIMES)** : **OPHTALMOLOGISTE** médico-chirurgical, conventionné honoraires libres (secteur 2), en association SCM (4 ophtalmos). C.A. 2001 : 360 000 euros (4 j/semaine, 2 mois vacances/an) étudie toutes propositions de cession (clientèle + matériel + parts de cliniques) e-mail : docmiba@wanadoo.fr.

Table des matières

• Nouveaux tarifs de la convention à partir du 1er juillet 2002	1
• Le tableau des scores de la sous-partie B7, ou le sens de la justice d'un ministre	1
• Hospitalisation et hôpital de jour – "Lits justifiés"	6
• Planification de l'offre médicale	16
• Suppléments demandés pour des passages «non justifiés» dans les services des urgences	19
• Critères d'agrément en psychiatrie – erratum	20
• Nomenclature art. 31 – Appareils de correction auditive.....	20
• Nomenclature art. 17bis échographie.....	21
• Menaces sur les soins pédiatriques à l'hôpital – Communication de l'Académie belge de Pédiatrie – Avril 2002	22
• Reconnaissance mutuelle des diplômes au sein de l'Union européenne – Commentaires de C.C.Leibbrandt, Secrétaire général de l'UEMS	23
• Communication du Bureau Central de l'assurance maladie des fonctionnaires de l'Union européenne – Délivrance des documents officiels	24
• Avis sur l'utilisation de la Déhydroépiandrostérone-DHEA dans certaines « cures de jouvence » – Académie royale de Médecine	25
• Endorsement Bone & Joint Decade	27
• Prix biennal SPA FOUNDATION "The Original Spa Water" 2003 – Règlement	27
• Prix scientifique CEN-SCK – Prof. Roger VAN GEEN 2003 – Règlement	28
• Prix van GYSEL pour la recherche biomédicale en Europe – Règlement 2003	29
• Réunions scientifiques	30
• Annonces	31