



École de
Santé Publique
de l'ULB



REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE DE LA PHASE 2.1.A : HONORAIRES PROFESSIONNELS DES
ACTES TECHNIQUES MEDICO-CHIRURGICAUX

HERVORMING VAN DE NOMENCLATUUR
STUDIE FASE 2.1.A: PROFESSIONELE HONORARIA VAN DE
TECHNISCH MEDISCH-CHIRURGISCHE PRESTATIES

Collaboration – Samenwerking

Equipe universitaire de recherche CR1ESPULB-GEDIS

Promoteurs : Prof. P. Leclercq ; Prof. M. Pirson ; Collaborateurs scientifiques : M.
Vincent, D. Martins en collaboration avec le Prof Y. De Smet (SMG) et le Prof. B.
Mareschal (DSOR)

Leuvense onderzoeksgroep:

Dr. Wim Tambreur, Mouna Vanlommel, Dr. Michael Erkens, Prof. Dr. Johan Kips

Juin 2025 - Juni 2025

Rapport

TABLE DES FIGURES	6
Principales abréviations utilisées dans le rapport 2.1.A	7
CHAPITRE 1 : RAPPEL DES OBLIGATIONS CONTRACTUELLES	9
CHAPITRE 2 : SPECIALITES ET SOUS SPECIALITES CONCERNEES	11
CHAPITRE 3 : ECHELLES DE VALEURS RELATIVES INTRA DISCIPLINAIRES POUR LES HONORAIRES PROFESSIONNELS.....	13
3.1. La collecte des paramètres	14
3.1.1. La méthode	14
3.1.1.1. Planning	14
3.1.1.2. Sélection des experts	14
3.1.1.3. Réunion initiale destinée à commenter les missions imparties aux experts.....	14
3.1.1.4. Réunion pour l’analyse des écarts constatés entre les estimations des experts.....	15
3.1.1.4.1. Analyse descriptive.....	15
3.1.1.4.2. Document de base et méthode de travail	16
3.1.1.5. Préparation et envoi des questionnaires électroniques	17
3.1.1.6. Analyse des réponses aux questionnaires électroniques et réunion d’arbitrage	18
3.1.2. Synthèse de l’application de la méthode à chaque spécialité	18
3.1.2.1. Chirurgie orthopédique du membre supérieur.....	19
3.1.2.2. Chirurgie orthopédique du membre inférieur	22
3.1.2.3. Chirurgie orthopédique de la main	25
3.1.2.4. Chirurgie orthopédique du pied.....	28
3.1.2.5. Chirurgie orthopédique et neurochirurgicale de la colonne	31
3.1.2.6. Neurochirurgie (hors colonne)	34
3.1.2.7. Chirurgie plastique.....	37
3.1.2.8. Oto rhino laryngologie	40
3.1.2.9. Stomatologie	43
3.1.2.10. Dermatologie.....	46
3.1.2.11. Urologie.....	49

3.1.2.12. Gynécologie - obstétrique.....	52
3.1.2.13. Gastro-entérologie.....	55
3.1.2.14. Chirurgie du tractus abdominal supérieur.....	58
3.1.2.15. Chirurgie du tractus abdominal inférieur.....	61
3.1.2.16. Chirurgie spéciale de l'œsophage et du pancréas.....	64
3.1.2.17. Ophtalmologie.....	68
3.1.2.18. Pneumologie.....	71
3.1.2.19. Chirurgie thoracique pulmonaire.....	74
3.1.2.20. Chirurgie cardiaque.....	77
3.1.2.21. Cardiologie.....	80
3.1.2.22. Chirurgie vasculaire.....	83
3.1.2.23. Imagerie médicale.....	86
3.1.2.24. Neurologie.....	91
3.1.2.25. Rhumatologie.....	94
3.1.2.26. Médecine physique.....	97
3.1.2.27. Néphrologie.....	100
3.1.2.28. Pédiatrie.....	103
3.1.2.29. Chirurgie pédiatrique.....	106
3.1.2.30. Anesthésiologie.....	109
3.1.2.31. Médecine aiguë / soins intensifs.....	112
3.1.2.32. Hématologie.....	116
3.1.2.33. Néonatalogie.....	120
3.1.2.34. Médecine interne.....	123
3.1.2.35. Médecine générale.....	126
3.1.2.36. Psychiatrie.....	130
3.1.2.37. Médecine nucléaire.....	132
3.2. Les résultats intra disciplinaires (paramètres et échelles).....	136
3.2.1. La formule.....	136
3.2.2. Les paramètres et les échelles intra disciplinaires.....	136
3.2.2.1. Chirurgie orthopédique du membre supérieur.....	137
3.2.2.2. Chirurgie orthopédique du membre inférieur.....	138
3.2.2.3. Chirurgie orthopédique de la main.....	138

3.2.2.4. Chirurgie orthopédique du pied.....	138
3.2.2.5. Chirurgie orthopédique et neurochirurgicale de la colonne	138
3.2.2.6. Neurochirurgie (hors colonne)	138
3.2.2.7. Chirurgie plastique.....	138
3.2.2.8. Oto rhino laryngologie	138
3.2.2.9. Stomatologie	138
3.2.2.10. Dermatologie.....	138
3.2.2.11. Urologie.....	138
3.2.2.12. Gynécologie - obstétrique.....	138
3.2.2.13. Gastro-entérologie	138
3.2.2.14. Chirurgie du tractus abdominal supérieur	138
3.2.2.15. Chirurgie du tractus abdominal inférieur	138
3.2.2.16. Chirurgie spéciale de l'œsophage et du pancréas	138
3.2.2.17. Ophtalmologie	138
3.2.2.18. Pneumologie	138
3.2.2.19. Chirurgie thoracique pulmonaire	138
3.2.2.20. Chirurgie cardiaque	138
3.2.2.21. Cardiologie	138
3.2.2.22. Chirurgie vasculaire	138
3.2.2.23. Imagerie médicale	138
3.2.2.24. Neurologie.....	138
3.2.2.25. Rhumatologie	138
3.2.2.26. Médecine physique	138
3.2.2.27. Néphrologie	138
3.2.2.28. Pédiatrie	138
3.2.2.29. Chirurgie pédiatrique.....	138
3.2.2.30. Anesthésiologie	138
3.2.2.31. Médecine aiguë / soins intensifs.....	138
3.2.2.32. Hématologie	138
3.2.2.33. Néonatalogie	138
3.2.2.34. Médecine interne	138
3.2.2.35. Médecine générale	138

3.2.2.36. Psychiatrie	138
3.2.2.37. Médecine nucléaire	138
3.2.3. Analyses statistiques du paramètre “durée”	139
3.2.3.1. Méthodologie	139
3.2.3.2. Conclusions de l’analyse	141
CHAPITRE 4 : ECHELLES DE VALEURS RELATIVES INTER DISCIPLINAIRES POUR LES HONORAIRES PROFESSIONNELS.....	142
4.1. Méthode d’optimisation sous contrainte	143
4.2. Adaptations belges	143
4.2.1. Modèle développé par le Department of Statistics and Operational Research	143
4.2.2. Les résultats INTER disciplinaires partiels	144
4.2.3. La préparation d’une version 1 d’une échelle de valeurs relatives honoraires professionnels ATMC NPS V1 [FR/NL]	145
4.2.4. Travaux préparatoires pour l’élaboration d’une version 2 de l’échelle de valeurs relatives honoraires professionnels ATMC NPS V1	145
4.2.4.1. Les analyses du Service Mathématiques de la Gestion	145
4.2.4.2. Les « corrections » de durée	146
4.2.5. Le nouveau modèle adopté pour l’élaboration de la version 2 de l’EVR HP ATMC NPS V1	148
4.2.5.1. Etape 1 : actes identiques (AI)	149
4.2.5.2. Etape 2 : actes passerelles (AP).....	149
4.2.5.3. Etape 3 : harmonisation finale des actes identiques	149
4.3. Résultat : l’EVR HP ATMC NPS V1 version 2.....	150
4.4. Commentaires	153
4.4.1. Limites de l’EVR INTER HP ATMC NPS V1 [FR/NL] version 2	153
4.4.1.1. Croisements inter spécialité	153
4.4.1.2. Experts.....	153
4.4.1.3. Actes identiques (AI)	153
4.4.1.4. Validation des échelles de valeurs relatives	153
4.4.2 Complémentarité et interaction entre EVR ATMC HP et EVR ATMC FF....	154
4.4.3 Caractéristiques des patients et modificateurs	155
4.4.3.1. Problématique.....	155

4.4.3.2. Modificateurs	155
4.4.4. Estimations	158
4.4.5. Commentaires des répondants aux questionnaires électroniques (QE)	159
4.4.6. Nouveaux actes et pérennité	159

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1 : NORMES INDICATIVES POUR CHAQUE NIVEAU DE COMPLEXITÉ OU DE RISQUE.....	15
FIGURE 2 : EXEMPLE DE VISUALISATION DANS L'ANALYSE DESCRIPTIVE (RÉPARTITION DE LA DURÉE ET DE LA COMPLEXITÉ PAR EXPERT)	16
FIGURE 3 : EXTRAIT D'UN QUESTIONNAIRE ÉLECTRONIQUE	18
FIGURE 4 : MÉTHODOLOGIE.....	139
FIGURE 5 : FLOW PATIENT RECORDS	139
FIGURE 6 : CORRÉLATION ENTRE LE TEMPS « NET » ET L'ESTIMATION DES EXPERTS À J40.....	140
FIGURE 7 : CORRÉLATION ENTRE LA DURÉE « CHIRURGIE » ET L'ESTIMATION DES EXPERTS À J40	140
FIGURE 8 : COMPARAISON DE L'ESTIMATION DES EXPERTS À J40 AVEC LE TEMPS « NET » (À GAUCHE) ET LE TEMPS « CHIRURGIE » (À DROITE)	141
FIGURE 9 : MODÈLE D'OPTIMISATION POUR L'ÉLABORATION DE LA VERSION 2 DE L'EVR HP ATMC NPS V1	148
FIGURE 10 : ARBRE DE DÉCISION POUR L'HARMONISATION DES ACTES IDENTIQUES	150

PRINCIPALES ABRÉVIATIONS UTILISÉES DANS LE RAPPORT 2.1.A

AE	Actes équivalents
AI	Actes identiques
AP	Actes passerelles
ATMC	Actes techniques médicaux et chirurgicaux
CCAM	Classification commune des actes médicaux (nomenclature utilisée en France)
EVR ATMC FF	Echelle de valeurs relatives des actes techniques médicaux et chirurgicaux pour les frais de fonctionnement
EVR ATMC HP	Echelle de valeurs relatives des actes techniques médicaux et chirurgicaux pour les honoraires professionnels
EVR INTER	Echelle de valeurs relatives inter disciplinaire
EVR INTRA	Echelle de valeurs relatives intra disciplinaire
EVR INTRA HP ATMC NPS V1	Echelle de valeurs relatives intra disciplinaire pour les honoraires professionnels de la nomenclature des prestations de santé suite à la réforme en cours
EVR provisoire INTER HP	Echelle de valeurs relatives provisoire inter disciplinaire pour les honoraires professionnels
EVR provisoire INTRA HP	Echelle de valeurs relative provisoire intra disciplinaire pour les honoraires professionnels
GBS	Groupement des Unions professionnelles belges de Médecins spécialistes (VBS en NL)
GEDISULB	dénomination de l'équipe universitaire francophone
LIGBKUL	dénomination de l'équipe universitaire néerlandophone
NPS V0	Nomenclature des prestations de santé version actuelle
NPS V1	Nomenclature des prestations de santé suite à la réforme en cours
QE	Questionnaires électroniques
RHM	Résumé hospitalier minimum
SMG	Service mathématiques de la gestion (ULB)

Introduction

Le plan cadre relatif à la réforme de la nomenclature a été transmis à l'INAMI en janvier 2019.

Ce plan prévoyait, notamment, que les actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC) feraient l'objet d'une première étude destinée à la restructuration et à la classification de ces actes afin d'assurer l'actualisation et la précision nécessaires aux étapes suivantes.

Cette tâche descriptive achevée, les études destinées à l'élaboration des tarifs pouvaient être entreprises.

Au terme de trois années d'études, les équipes universitaires chargées de ce projet ont achevé la construction des échelles de valeurs relatives intra et interdisciplinaires mesurant l'intensité du travail médical.

A partir du budget qui sera alloué au financement des honoraires professionnels et sur base de l'activité prévisible des actes de la nouvelle nomenclature NPS V1 des tarifs pourront être calculés et négociés.

L'échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement, qui fait l'objet d'un rapport distinct, complète ce dispositif destiné à assurer une meilleure transparence de la nomenclature et des remboursements mieux justifiés et plus équitables.

Le présent rapport, consacré aux honoraires professionnels, explique les méthodes, communique les résultats obtenus et commente ceux-ci en ajoutant les recommandations jugées indispensables à leur bon usage.

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.1.A : HONORAIRES PROFESSIONNELS
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 1 : RAPPEL DES OBLIGATIONS CONTRACTUELLES

Rappel des dispositions du contrat du 23.12.2021 concernant la phase 2.1.A

Article 2 : Durée du contrat

Le contrat s'inscrit dans un programme pluriannuel débutant le 1^{er} janvier 2022. La durée du contrat pour les phases 2.1.A et 2.2.A sera de 42 mois pour se terminer le 30 juin 2025. Le planning des tâches (timing + remise des résultats) repris à la page 43 de l'annexe 1 indique le déroulement des études prévues à partir de la date à laquelle débutera le contrat. Ce planning sera réajusté pour aboutir à des échelles de valeurs relatives provisoires à l'issue des phases 2.1 et 2.2 au 31.12.2024.

Article 9 : Obligations et Délivrables ou rapports

La forme des livrables ainsi que le planning et les modalités de remise des résultats à l'INAMI sont décrits dans l'annexe 6.

Annexe 6

Honoraires Professionnels : Echelles de valeurs relatives intra disciplinaires (EVR provisoire INTRA HP)

Description

Chaque EVR INTRA comportera

- *Un premier tableau reprenant les ATMC sélectionnés pour les questionnaires électroniques avec les paramètres retenus, les scores calculés et tout élément influençant sur le calcul des scores.*
- *Une synthèse du nombre de questionnaires envoyés et des réponses obtenues*
- *Un second tableau proposant l'EVR INTRA pour l'ensemble des ATMC de la spécialité étudiée*
- *Les actes "doublons" interdisciplinaires feront l'objet d'une mention spéciale*

Spécialités et planning

A titre indicatif, une EVR INTRA sera présentée pour les disciplines suivantes (à préciser lors de l'étude préparatoire).

Honoraires Professionnels : Echelles de valeurs relatives inter disciplinaires (EVR provisoire INTER HP)

Le livrable final est un tableau comportant l'ensemble des ATMC ainsi que leurs scores relatifs.

Le 23 décembre 2024, les deux équipes universitaires ont transmis à l'INAMI une version provisoire des échelles provisoires INTRA disciplinaires de valeurs relatives des honoraires professionnels pour 26 spécialités ainsi qu'une échelle provisoire INTER disciplinaire de valeurs relatives des honoraires professionnels. Ces échelles étaient accompagnées d'une note intitulée « Bilan provisoire de la phase 2.1.A (actes techniques médicaux et chirurgicaux) au 31.12.2024.

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.1.A : HONORAIRES PROFESSIONNELS
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 2 : SPECIALITES ET SOUS SPECIALITES CONCERNEES

Les spécialités et sous spécialités concernées

- 1 Chirurgie orthopédique du membre supérieur
- 2 Chirurgie orthopédique du membre inférieur
- 3 Chirurgie orthopédique de la main
- 4 Chirurgie orthopédique du pied
- 5 Chirurgie orthopédique de la colonne
- 6 Neurochirurgie hors colonne
- 7 Chirurgie plastique
- 8 Oto rhino laryngologie
- 9 Stomatologie
- 10 Dermatologie
- 11 Urologie
- 12 Gynécologie-obstétrique
- 13 Gastro entérologie
- 14 Chirurgie du tractus abdominal supérieur
- 15 Chirurgie du tractus abdominal inférieur
- 16 Chirurgie spéciale de l'œsophage et du pancréas
- 17 Ophtalmologie
- 18 Pneumologie
- 19 Chirurgie thoracique pulmonaire
- 20 Chirurgie cardiaque
- 21 Cardiologie
- 22 Chirurgie vasculaire
- 23 Imagerie
- 24 Neurologie
- 25 Rhumatologie
- 26 Médecine physique
- 27 Néphrologie
- 28 Pédiatrie
- 29 Chirurgie pédiatrique
- 30 Anesthésiologie
- 31 Médecine aigue-réanimation
- 32 Hématologie
- 33 Néonatalogie
- 34 Médecine interne
- 35 Médecine générale
- 36 Psychiatrie
- 37 Médecine nucléaire

A ces 37 spécialités pourraient s'ajouter, ultérieurement, trois spécialités partiellement étudiées par la société Möbius si les données figurant dans les rapports remis par cette société permettent cette intégration.

- 38 Anatomie pathologique
- 39 Radiothérapie
- 40 Génétique

REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.1.A : HONORAIRES PROFESSIONNELS
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 3 : ECHELLES DE VALEURS RELATIVES INTRA
DISCIPLINAIRES POUR LES HONORAIRES PROFESSIONNELS
(EVR INTRA HP ATMC NPS V1)

Echelles de valeurs relatives intra disciplinaires pour les honoraires professionnels (EVR INTRA HP ATMC NPS V1)

3.1. La collecte des paramètres

3.1.1. La méthode

Elle a été similaire pour toutes les spécialités avec des variations pour certaines d'entre elles (par exemple : médecine générale, médecine interne, psychiatrie, médecine nucléaire, etc.).

3.1.1.1. Planning

Chaque spécialité a été traitée en 40 jours dont les différentes phases sont exposées ci-dessous. Les dates des prises en charge des différentes spécialités figurent dans les §§ 3.1.2.1 à 3.1.2.37.

3.1.1.2. Sélection des experts

Préalablement à la réunion initiale par laquelle débutait le traitement de chaque spécialité un comité d'experts était constitué selon une procédure identique : le GBS était invité à proposer un expert, le VBS faisait une proposition similaire. La société scientifique de langue française de la spécialité faisait de même ainsi que la société scientifique de langue néerlandaise. Enfin chaque équipe universitaire proposait un expert. La représentativité professionnelle et linguistique du comité d'experts était donc assurée pour chaque (sous) discipline médicale.

3.1.1.3. Réunion initiale destinée à commenter les missions imparties aux experts

Lors de la première réunion du comité des experts, les équipes universitaires présentaient les travaux préparatoires de restructuration des libellés et de classification de la nouvelle nomenclature puis les objectifs et les modalités selon lesquelles se déroulerait la phase 2.1.A. Les paramètres « durée, complexité et risque » faisaient l'objet d'explications détaillées.

Durée

La durée était définie comme le temps médecin nécessaire pour la réalisation complète de l'examen. Il comprend notamment les manipulations des équipements si le médecin participe à la réalisation proprement dite de l'examen, le travail de lecture et d'interprétation, le travail de staff à l'occasion de cet examen, et tout autre travail qui a consommé de la ressource médecin pour mener l'examen à son terme¹.

Complexité

La complexité est une estimation de la formation et de l'expérience jugée nécessaire pour la réalisation de l'acte médical (par exemple, faut-il une longue pratique, des stages spécialisés avant d'être capable d'exécuter et d'interpréter correctement l'examen ?). La complexité est estimée en points sur une échelle comportant 5 notations entre 1 (le moins complexe) et 5 (le plus complexe).

Risque

La réalisation de l'intervention/examen ou l'interprétation des résultats d'un examen peuvent comporter des risques importants pour le patient. Ces risques génèrent du stress chez le praticien. Dans la littérature, ce stress doit être pris en considération dans l'évaluation du poids

¹ Lors de la séance initiale, les définitions étaient adaptées aux spécificités de chaque spécialité. Par exemple la durée du travail médical du radiologue correspond au temps nécessaire pour dicter le protocole de l'examen sauf quand il réalise l'acte lui-même (par exemple : échographie). Le travail de certains chirurgiens (plasticiens) peut débuter en dehors de la salle d'opération, etc.

relatif à attribuer à chaque acte médical au sein de sa discipline. Le risque est estimé en points sur une échelle comportant 5 notations entre 1 (le moins risqué) et 5 (le plus risqué).

La complexité et le risque sont des paramètres impliquant une plus grande subjectivité que l'estimation de la durée. Pour réduire, autant que faire se peut, la subjectivité inhérente aux estimations de ces paramètres un tableau proposant des « normes indicatives » pour chaque niveau de complexité ou de risque était présenté aux experts

Figure 1 : Normes indicatives pour chaque niveau de complexité ou de risque

Complexity	
1	standard curriculum in medicine
2	standard curriculum of specialization
3	additional specialized training
4	additional specialized training + volume
5	additional specialized training + volume + framework

Risk	
1	no risk, can be delegated to a trainee doctor
2	limited risk, can be delegated to a fellow
3	risk of complications, manageable when procedure is performed by an experienced specialized doctor
4	severe complications, long-term consequences
5	lethal complications

Pour chaque spécialité, ont été listés les actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC) ainsi que « la consultation de base » réalisés par chaque spécialité ou sous spécialité.

Les ATMC des autres spécialités, réalisés à au moins 20% du volume national par la spécialité étudiée, ont été ajoutés à la liste afin d'être paramétrés. Un ATMC peut donc avoir été paramétré plusieurs fois. Il s'agit donc de doublons, triplons et plus créés artificiellement.

Pour certaines spécialités, les modalités de sélections des actes ont été modulées pour répondre aux spécificités de la discipline médicale. C'est, par exemple, le cas de la pédiatrie ou de l'hématologie (voir les commentaires pour ces spécialités).

3.1.1.4. Réunion pour l'analyse des écarts constatés entre les estimations des experts

Le 10e jour, chaque expert fournit aux équipes de recherche sa liste de prestation complétée par un score pour la durée, la complexité et le risque. Sur cette base :

- une analyse descriptive est effectuée, et
- un document de base est préparé pour la réunion.

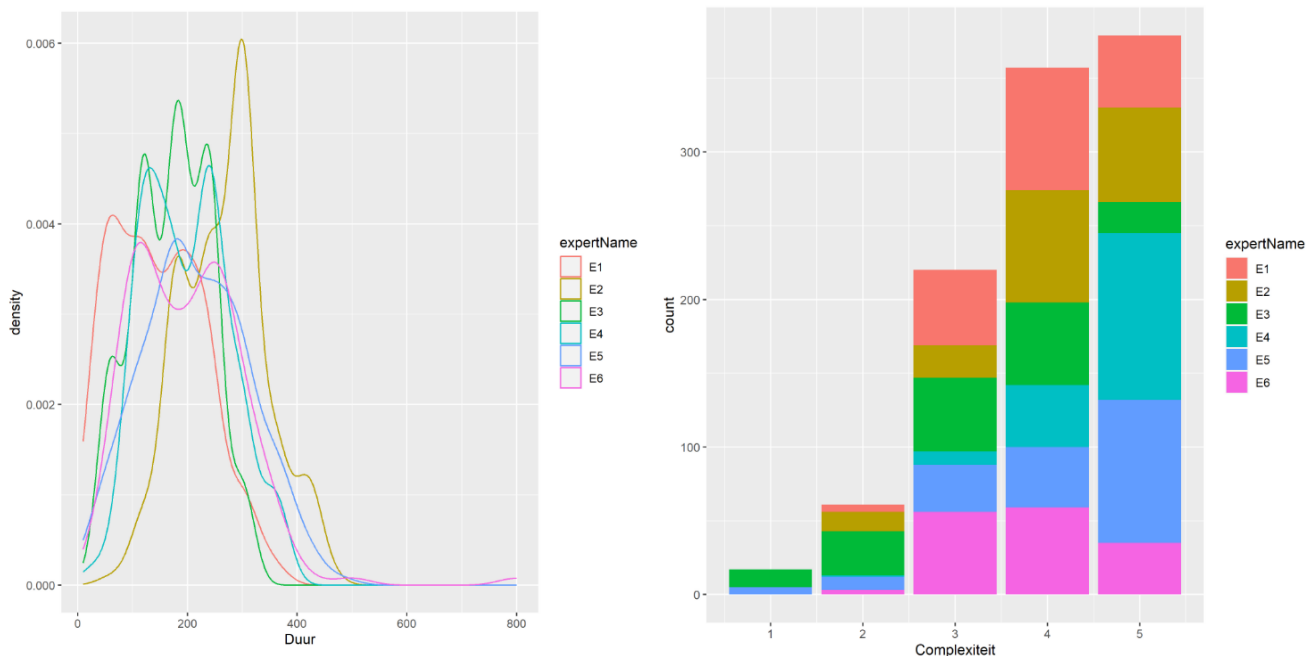
Le quinzième jour, une réunion de consensus est organisée pour chaque spécialité avec les six experts concernés. L'objectif de cette réunion est de parvenir à un consensus pour la durée, la complexité et le risque pour chaque prestation. Ce consensus sera ensuite soumis via un questionnaire électronique à tous les médecins belges de la spécialité (voir § 3.1.1.5.).

3.1.1.4.1. Analyse descriptive

L'analyse donne un aperçu des estimations attribuées par les six experts et sert d'information de base lors de la réunion. L'analyse comprend des tableaux de fréquence, des diagrammes de densité, des diagrammes à barres et des diagrammes en boîte. Elle examine également la corrélation globale entre la durée, la complexité et le risque.

La figure 2 montre à titre d'exemple quelques-uns des graphiques utilisés pour l'analyse de chaque spécialité. Pour chaque paramètre, la distribution est présentée par expert. Par exemple, il est possible d'identifier quand un expert s'écarte systématiquement des autres.

Figure 2 : Exemple de visualisation dans l'analyse descriptive (répartition de la durée et de la complexité par expert)



3.1.1.4.2. Document de base et méthode de travail

Le document de base contient les données suivantes par paramètre et par prestation :

- Toutes les estimations des experts, classées de la plus faible à la plus élevée (anonyme) ;
- Médiane ;
- Moyenne ;
- Mesure de dispersion.

Au cours de la réunion, une méthode de travail standardisée est suivie pour chaque paramètre afin de parvenir à un consensus.

Paramètre durée

Si l'écart entre les estimations des experts est inférieur ou égal à 100 % (calcul : $[\text{maximum} - \text{minimum}] / \text{minimum}$), il est proposé aux experts de retenir la médiane comme valeur de consensus.

Cette proposition n'est pas contraignante : les experts peuvent s'en écarter s'ils le jugent souhaitable, par exemple pour maintenir la logique avec d'autres prestations ou en raison d'arguments de fond.

Si l'écart dépasse 100 %, chaque prestation fait l'objet d'une discussion car il est nécessaire que les experts parviennent ensemble à un consensus sur l'estimation de la durée.

Paramètres complexité et risque

Si la différence entre l'estimation la plus élevée et l'estimation la plus basse (calcul : $\text{maximum} - \text{minimum}$) est inférieure ou égale à 1 point, il est proposé de retenir la médiane. A nouveau, les experts peuvent s'en écarter, sous réserve d'une justification claire et étayée.

Si la différence entre les estimations est supérieure à 1 point, la prestation doit être discutée car les experts doivent parvenir à un consensus sur l'estimation de la complexité ou du risque.

Le tableau indicatif présenté pour aider au paramétrage de la complexité et du risque lors de la réunion initiale (J1) était rappelé (voir figure 1 ci-dessus). En même temps, il est indiqué d'utiliser une bande passante suffisante (échelle de 1 à 5) lors de l'application de ces définitions, afin de permettre un relief intra disciplinaire suffisant en termes de complexité et de risque.

Cette directive est uniforme pour les différentes spécialités. Par conséquent, le cadre de référence utilisé est celui de sa propre spécialité et est donc valide pour les échelles de valeurs intra disciplinaires individuelles. Étant donné que les cadres de référence peuvent différer entre les spécialités, un processus approprié doit être mis en place pour aligner ces cadres de référence en vue de la création d'une échelle interdisciplinaire (voir chapitre 4).

Dans le § 3.1.2. *Synthèse de l'application de la méthode à chaque spécialité* ci-dessous est indiqué, pour chaque spécialité le nombre de prestations pour lesquelles un consensus était requis (>100 % de dispersion pour la durée ou différence > 1 point pour la complexité et le risque).

3.1.1.5. Préparation et envoi des questionnaires électroniques

Afin d'offrir au plus grand nombre possible de médecins spécialistes l'occasion de communiquer leurs estimations relatives à ces paramètres, les équipes universitaires ont utilisé des questionnaires électroniques (QE) selon une technique mise au point lors d'une étude précédente².

Ceux-ci ont été préparés pour chaque spécialité par les équipes universitaires. Afin de faciliter le travail des médecins destinataires des questionnaires, les scores retenus par les experts (voir § 3.1.1.4.) ont été proposés pour chaque paramètre de chaque acte.

Afin de garantir le respect des règles de protection des données, l'INAMI qui possède les adresses mails des médecins s'est chargé de l'envoi des QE à tous les médecins de chaque spécialité.

Les résultats anonymisés étaient transmis aux équipes universitaires chargées de les analyser. Tout médecin qui le souhaitait a donc pu participer à l'étude. Les questionnaires permettaient, pour chaque acte médical, d'approuver les propositions ou de les modifier en fonction de l'expérience de chaque participant. En cas de désaccord avec les propositions, le médecin était invité à sélectionner dans de petits menus déroulants les valeurs qu'il souhaitait attribuer.

² LECLERCQ, P., & PIRSON, M. (18 janvier 2018). Réforme du financement des hôpitaux, La problématique des honoraires médicaux (Frais de fonctionnement et travail médical). Rapport définitif, tome I (Rapport et annexes).

Figure 3 : Extrait d'un questionnaire électronique

Description	Durée	Complexité	Risque	D'accord	Pas d'accord	Je ne sais pas
	En minutes	De 1 à 5	De 1 à 5			
libération du nerf ulnaire par translocation sous-musculaire et/ou épitrochléoplastie, par abord ouvert	60'	4	4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
libération du nerf radial au coude ou à l'avant-bras, par abord ouvert	45'	4	5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
libération du nerf médian au coude ou à l'avant-bras, par abord ouvert	70'	5	5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
libération du nerf ulnaire par neurolyse in situ ou translocation sous-cutanée, par abord ouvert	<input type="text" value="60"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
libération d'un nerf intra-fasciculaire, par abord ouvert	120'	4	4	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
immobilisation de fracture d'une ou plusieurs côtes, par abord externe	20'	2	2	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
radiographie de la clavicule	15'	1	1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire de l'omoplate, par abord ouvert	<input type="text" value="90"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire de l'omoplate, par arthroscopie	<input type="text" value="60"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ostéosynthèse d'une fracture extra-articulaire de l'omoplate, par abord ouvert	<input type="text" value="150"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
ostéosynthèse de l'omoplate pour pseudarthrose, par abord ouvert	150'	5	5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ostéotomie de la glène de l'omoplate, par abord ouvert	180'	5	5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ostéotomie de la glène de l'omoplate, par arthroscopie	180'	5	5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
exérèse partielle de l'omoplate, par abord ouvert	<input type="text" value="60"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
exérèse partielle de l'omoplate, par arthroscopie	60'	4	4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3.1.1.6. Analyse des réponses aux questionnaires électroniques et réunion d'arbitrage

Pour chacune des disciplines, une synthèse des résultats issus de l'analyse des questionnaires électroniques a été présentée aux six experts, en présence des deux équipes de recherche (réunion J40).

Lors de cette réunion, le taux de réponse ainsi que les caractéristiques des répondants ont été décrits (années d'expérience, genre, type d'hôpital dans lequel la pratique hospitalière est réalisée, temps de travail à l'hôpital, statut du médecin, région de pratique).

Pour les durées médicales, un tableau de la moyenne, de l'écart-type, de la médiane, des valeurs minimales et maximales, du coefficient de variation (écart-type/moyenne) calculé pour chacun des libellés de la spécialité a été soumis aux experts. Tous les actes dont le coefficient de variation était supérieur à 30% ont été rediscutés par les experts afin de valider la durée médicale, à intégrer dans le modèle permettant la constitution de l'échelle de valeurs intra-disciplinaires.

Pour la complexité et le risque, paramètres évalués sur une échelle allant de 1 à 5, un tableau des résultats de l'analyse (fréquences par score) a été préparé pour les experts. Tous les actes pour lesquels 80% des répondants n'avaient pas sélectionné le même score de complexité ou de risque ont été soumis à une deuxième évaluation. Au terme de cette étape, une complexité et un risque ont été validés par les experts pour l'ensemble des libellés de la discipline.

Le taux de réponse par discipline a varié entre 11,61% (chirurgie orthopédique du pied) et 53,97% (néphrologie).

3.1.2. Synthèse de l'application de la méthode à chaque spécialité

Pour chaque spécialité étudiée, la présentation suit l'ordre suivant

1. Experts
2. Planning
3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts
4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts
5. Synthèse du nombre de QE envoyés
6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

3.1.2.1. Chirurgie orthopédique du membre supérieur

1. Experts

GBS	J. Rondia
VBS	R. Verdonk
SORBCOT	F. Mulpas
BVOT	F. Plasschaert
GEDIS/CR1ESPULB	B. Lefebvre
LIGKUL	Ph. Debeer

2. Planning pour la chirurgie orthopédique du membre supérieur

MEMBRE SUPERIEUR	
J1	L 07-mars réunion initiale + remise lots
J2	M 08-mars période pour remplir le paramétrage
J3	M 09-mars période pour remplir le paramétrage
J4	J 10-mars période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis sa liste complétée pour J4 au soir
J5	V 11-mars
J6	S 12-mars
J7	D 13-mars
J8	L 14-mars Distribution des lots pour validation
J9	M 15-mars période pour validation des lots préparamétrés
J10	M 16-mars période pour validation des lots préparamétrés
J11	J 17-mars période pour validation des lots préparamétrés. Chaque expert doit avoir transmis sa liste complétée pour J11 au soir
J12	V 18-mars
J13	S 19-mars
J14	D 20-mars
J15	L 21-mars Réunion de debriefing
J40	V 15-avr Réunion de debriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts (au 1^{er} trimestre)

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 192

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts (au 1^{er} trimestre)

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 73 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 42 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 43 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés (au 1^{er} trimestre)

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 25 mars 2022
- ⊕ Questionnaires envoyés le 29 mars : 204 dont NL 128 et FR 76

Constat : suite à une erreur commise lors de la diffusion des QE, les médecins francophones ont reçu la version néerlandaise du QE. Entre le 1^{er} avril et le 22 avril, l'INAMI a procédé aux modifications nécessaires pour corriger l'erreur constatée. De nouveaux QE en version française ont été envoyés le 22 avril aux médecins francophones (date de clôture reportée au 06 mai).

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 15 avril comme prévu mais n'a pu porter que sur les réponses des médecins néerlandophones.

Les évaluations des orthopédistes francophones reçues en mai sont très homogènes à celles des orthopédistes néerlandophones. Les paramètres obtenus lors de la réunion du 15 avril sont donc maintenus.

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	204
⊕ Nb de répondants	48
⊕ Pourcentage	23,53%

speciality					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	orthoms2058	48	100,0	100,0	100,0
experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	4	8,3	8,3	8,3
	plus10	40	83,3	83,3	91,7
	plus5	4	8,3	8,3	100,0
	Total	48	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	2	4,2	4,2	4,2
	M	46	95,8	95,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	48	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	5	10,4	10,4	10,4
	private	26	54,2	54,2	64,6
	public	17	35,4	35,4	100,0
	Total	48	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	20	41,7	41,7	41,7
	3	1	2,1	2,1	43,8

	4	1	2,1	2,1	45,8
	5	1	2,1	2,1	47,9
	6	3	6,3	6,3	54,2
	7	2	4,2	4,2	58,3
	8	12	25,0	25,0	83,3
	9	8	16,7	16,7	100,0
	Total	48	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	5	10,4	10,4	10,4
	selfemployed	42	87,5	87,5	97,9
	statutory	1	2,1	2,1	100,0
	Total	48	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	6	12,5	12,5	12,5
	vla	33	68,8	68,8	81,3
	wal	9	18,8	18,8	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 10 libellés
- ⊕ Risque 10 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie orthopédique du membre supérieur

3.1.2.2. Chirurgie orthopédique du membre inférieur

1. Experts

GBS	J. Rondia
VBS	R. Verdonk
SORBCOT	P. Burton
BVOT	P. Verdonk
GEDIS/CR1ESPULB	O. Cornu
LIGKUL	H Vandenneucker

2. Planning pour la chirurgie orthopédique du membre inférieur

Planning pour les experts de la chirurgie orthopédique du membre inférieur	
J1	L 04-avr: réunion initiale + remise lots
J2	M 05-avr: période pour remplir le paramétrage
J3	M 06-avr: période pour remplir le paramétrage
J4	J 07-avr: période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis sa liste complétée pour J4 au soir
J5	V 08-avr
J6	S 09-avr
J7	D 10-avr
J8	L 11-avr: Distribution des lots pour validation
J9	M 12-avr: période pour validation des lots préparamétrés
J10	M 13-avr: période pour validation des lots préparamétrés
J11	J 14-avr: période pour validation des lots préparamétrés. Chaque expert doit avoir transmis sa liste complétée pour J11 au soir
J12	V 15-avr
J13	S 16-avr
J14	D 17-avr
J15	L 18-avr
J16	M 19-avr Réunion de debriefing
J40	V 03-juin Réunion de debriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts (au 1^{er} trimestre)

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 235

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts (au 1^{er} trimestre)

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 167 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 131 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 168 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 27 avril 2022
- ⊕ Questionnaires envoyés le 5 mai 2022 : 532 dont NL 304 et FR 228

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 03 juin 2022

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 532
- ⊕ Nb de répondants 65
- ⊕ Pourcentage 12,22%

speciality		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	orthomi3254	65	100	100	100

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	2	3,1	3,1	3,1
	plus10	55	84,6	84,6	87,7
	plus5	8	12,3	12,3	100
	Total	65	100	100	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	3	4,6	4,6	4,6
	M	62	95,4	95,4	100
	Total	65	100	100	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	65	100	100	100
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,5	1,5	1,5
	academic	11	16,9	16,9	18,5
	private	23	35,4	35,4	53,8
	public	30	46,2	46,2	100
	Total	65	100	100	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,5	1,5	1,5
	10	25	38,5	38,5	40
	2	1	1,5	1,5	41,5
	4	1	1,5	1,5	43,1
	5	1	1,5	1,5	44,6
	6	3	4,6	4,6	49,2
	7	2	3,1	3,1	52,3
	8	17	26,2	26,2	78,5
	9	14	21,5	21,5	100
	Total	65	100	100	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,5	1,5	1,5

	employee	8	12,3	12,3	13,8
	selfemployed	55	84,6	84,6	98,5
	statutory	1	1,5	1,5	100
	Total	65	100	100	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	8	12,3	12,3	12,3
	vla	37	56,9	56,9	69,2
	wal	20	30,8	30,8	100
	Total	65	100	100	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 2 libellés
- ⊕ Complexité 2 libellés
- ⊕ Risque 0 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie orthopédique du membre inférieur

3.1.2.3. Chirurgie orthopédique de la main

1. Experts

GBS	X. Libouton
VBS	M. Mombert
SORBCOT	B. Lefebvre
BVOT	F. Verstreken
GEDIS/CR1ESPULB	F. Mougondo
LIGKUL	I. Degreef

2. Planning pour la chirurgie orthopédique de la main

Planning pour les experts de la chirurgie orthopédique de la main		
J1	L	18-avr
J2	M	19-avr réunion initiale + remise lots
J3	M	20-avr période pour remplir le paramétrage
J4	J	21-avr période pour remplir le paramétrage
J5	V	22-avr période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J5 à minuit.
J6	S	23-avr
J7	D	24-avr
J8	L	25-avr période pour remplir le paramétrage.
J9	M	26-avr période pour remplir le paramétrage.
J10	M	27-avr période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J	28-avr
J12	V	29-avr
J13	S	30-avr
J14	D	01-mai
J15	L	02-mai Réunion de debriefing
J40	V	27-mai Réunion de debriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 182

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 76 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 99 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 120 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 06 mai 2022
- ⊕ Questionnaires envoyés le 10 mai 2022 : 140 dont NL 80 et FR 60

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 27 mai 2022

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 140
- ⊕ Nb de répondants 23
- ⊕ Pourcentage 16 %

expérience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	2	8,7	8,7	8,7
	plus10	15	65,2	65,2	73,9
	plus5	6	26,1	26,1	100,0

	Total	23	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	5	21,7	21,7	21,7
	M	18	78,3	78,3	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	23	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	1	4,3	4,3	4,3
	private	8	34,8	34,8	39,1
	public	14	60,9	60,9	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	4	1	4,3	4,3	4,3
	6	3	13,0	13,0	17,4
	7	1	4,3	4,3	21,7
	8	9	39,1	39,1	60,9
	9	4	17,4	17,4	78,3
	10	5	21,7	21,7	100,0
	Total	23	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	selfemployed	23	100,0	100,0	100,0
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	2	8,7	8,7	8,7
	vla	11	47,8	47,8	56,5
	wal	10	43,5	43,5	100,0
	Total	23	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

⊕ Durée	1 libellé
⊕ Complexité	12 libellés
⊕ Risque	6 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie orthopédique de la main.

3.1.2.4. Chirurgie orthopédique du pied

1. Experts

GBS	V. Gombault
VBS	désistement et pas de remplacement en temps utile
SORBCOT	S. Ayong
BVOT	F. Plasschaert
GEDIS/CR1ESPULB	S. El Banna
LIGKUL	G. Matricali

2. Planning pour la chirurgie orthopédique du pied

Planning pour les experts de la chirurgie orthopédique du pied		
J1	L	09-mai réunion initiale + remise de la liste à paramétrer
J2	M	10-mai période pour remplir le paramétrage
J3	M	11-mai période pour remplir le paramétrage
J4	J	12-mai période pour remplir le paramétrage
J5	V	13-mai période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J5 à minuit.
J6	S	14-mai
J7	D	15-mai
J8	L	16-mai période pour remplir le paramétrage.
J9	M	17-mai période pour remplir le paramétrage.
J10	M	18-mai période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J	19-mai
J12	V	20-mai
J13	S	21-mai
J14	D	22-mai
J15	L	23-mai Réunion de debriefing
J40	V	17-juin Réunion de debriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 216

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 25 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 50 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 46 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 27 mai 2022
- ⊕ Questionnaires envoyés le 3 juin 2022 : 112 dont NL 72 et FR 40

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 17 juin 2022

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 112
- ⊕ Nb de répondants 13
- ⊕ Pourcentage 11,61 %

expérience		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	1	7,7	7,7	7,7

	plus10	9	69,2	69,2	76,9
	plus5	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	3	23,1	23,1	23,1
	M	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	13	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	3	23,1	23,1	23,1
	private	4	30,8	30,8	53,8
	public	6	46,2	46,2	100,0
	Total	13	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	6	1	7,7	7,7	7,7
	7	1	7,7	7,7	15,4
	8	5	38,5	38,5	53,8
	9	2	15,4	15,4	69,2
	10	4	30,8	30,8	100,0
	Total	13	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	3	23,1	23,1	23,1
	selfemployed	10	76,9	76,9	100,0
	Total	13	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	1	7,7	7,7	7,7
	vla	11	84,6	84,6	92,3
	wal	1	7,7	7,7	100,0

	Total	13	100,0	100,0	
--	-------	----	-------	-------	--

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 5 libellés
- ⊕ Risque 2 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie orthopédique du pied.

3.1.2.5. Chirurgie orthopédique et neurochirurgicale de la colonne

1. Experts

GBS	O. Delahaut
VBS	J. Michielsen
SORBCOT	X. Banse
BVOT	F. Plasschaert
GEDIS/CR1ESPULB	X. Collard
LIGKUL	L. Moke

2. Planning pour la chirurgie orthopédique et neurochirurgicale de la colonne

Planning pour les experts de la chirurgie orthopédique de la colonne		
J1	L	30-mai réunion initiale + remise de la liste à paramétrer
J2	M	31-mai période pour remplir le paramétrage
J3	M	01-juin période pour remplir le paramétrage
J4	J	02-juin période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J4 à minuit.
J5	V	03-juin période pour remplir le paramétrage.
J6	S	04-juin
J7	D	05-juin
J8	L	06-juin période pour remplir le paramétrage.
J9	M	07-juin période pour remplir le paramétrage.
J10	M	08-juin période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J	09-juin
J12	V	10-juin
J13	S	11-juin
J14	D	12-juin
J15	L	13-juin Réunion de debriefing
J40	V	09-sept Réunion de debriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 206

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 45 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 77 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 86 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 01 juillet 2022
- ⊕ Questionnaires envoyés le 05 juillet 2022 : 253 dont NL 143 et FR 110

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 09 septembre 2022

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois : 253
- ⊕ Nb de répondants : 36
- ⊕ Pourcentage : 14,23 %

expérience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	2	5,6	5,6	5,6
	plus10	28	77,8	77,8	83,3

	plus5	6	16,7	16,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	1	2,8	2,8	2,8
	M	35	97,2	97,2	100,0
	Total	36	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	36	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	4	11,1	11,1	11,1
	private	13	36,1	36,1	47,2
	public	19	52,8	52,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	23	63,9	63,9	63,9
	4	1	2,8	2,8	66,7
	6	2	5,6	5,6	72,2
	8	7	19,4	19,4	91,7
	9	3	8,3	8,3	100,0
	Total	36	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	3	8,3	8,3	8,3
	selfemployed	32	88,9	88,9	97,2
	statutory	1	2,8	2,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	2	5,6	5,6	5,6
	vla	19	52,8	52,8	58,3
	wal	15	41,7	41,7	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

⊕ Durée	0 libellé
⊕ Complexité	0 libellé
⊕ Risque	0 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie orthopédique et neurochirurgicale de la colonne.

3.1.2.6. Neurochirurgie (hors colonne)

1. Experts

GBS	F. Collignon
VBS	P. Van Schaeybroeck
BSN (FR)	N. Massager
BSN (NL)	M. Bruneau
GEDIS/CR1ESPULB	O. De Witte
LIGKUL	T. Van Havenbergh

2. Planning pour la neurochirurgie (hors colonne)

Planning pour les experts de la neurochirurgie (hors colonne)	
J1	L 20-juin réunion initiale + remise de la liste à paramétrer
J2	M 21-juin période pour remplir le paramétrage
J3	M 22-juin période pour remplir le paramétrage
J4	J 23-juin période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J4 à minuit.
J5	V 24-juin période pour remplir le paramétrage.
J6	S 25-juin
J7	D 26-juin
J8	L 27-juin période pour remplir le paramétrage.
J9	M 28-juin période pour remplir le paramétrage.
J10	M 29-juin période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J 30-juin
J12	V 1-juil
J13	S 2-juil
J14	D 3-juil
J15	L 4-juil Réunion de débriefing
J40	V 2-sept Réunion de débriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 98

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 62 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 59 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 65 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 07 juillet 2022
- ⊕ Questionnaires envoyés le 15 juillet 2022 : 218 dont NL 131 et FR 87

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 02 septembre 2022

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 218
- ⊕ Nb de répondants 37
- ⊕ Pourcentage 16,97 %

expérience		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	4	10,8	10,8	10,8
	plus10	30	81,1	81,1	91,9
	plus5	3	8,1	8,1	100

	Total	37	100	100	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	5	13,5	13,5	13,5
	M	32	86,5	86,5	100
	Total	37	100	100	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	37	100	100	100
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	8	21,6	21,6	21,6
	private	12	32,4	32,4	54,1
	public	17	45,9	45,9	100
	Total	37	100	100	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	25	67,6	67,6	67,6
	3	1	2,7	2,7	70,3
	5	1	2,7	2,7	73
	6	2	5,4	5,4	78,4
	8	3	8,1	8,1	86,5
	9	5	13,5	13,5	100
	Total	37	100	100	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	4	10,8	10,8	10,8
	selfemployed	31	83,8	83,8	94,6
	statutory	2	5,4	5,4	100
	Total	37	100	100	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	2	5,4	5,4	5,4
	vla	20	54,1	54,1	59,5
	wal	15	40,5	40,5	100
	Total	37	100	100	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 1 libellé
- ⊕ Complexité 6 libellés
- ⊕ Risque 12 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la neurochirurgie (hors colonne).

3.1.2.7. Chirurgie plastique

1. Experts

GBS	C. Deconinck
VBS	M. Mertens
BSN (FR)	X. Nelissen
BSN (NL)	A. Verpaele
GEDIS/CR1ESPULB	N. Cuylits
LIGKUL	J. Vranckx/N. Dhooge

2. Planning pour la chirurgie plastique

Planning pour les experts de la chirurgie plastique		
J1	L	5-sept réunion initiale + remise de la liste à paramétrer
J2	M	6-sept période pour remplir le paramétrage
J3	M	7-sept période pour remplir le paramétrage
J4	J	8-sept période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J4 à minuit.
J5	V	9-sept période pour remplir le paramétrage.
J6	S	10-sept
J7	D	11-sept
J8	L	12-sept période pour remplir le paramétrage.
J9	M	13-sept période pour remplir le paramétrage.
J10	M	14-sept période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J	15-sept
J12	V	16-sept
J13	S	17-sept
J14	D	18-sept
J15	L	19-sept Réunion de débriefing
J40	V	14-oct Réunion de débriefing
J40	L	17-oct Réunion de débriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 149

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 32 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 53 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 84 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 26 septembre 2022.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 05 octobre 2022 : 255 dont NL 133 et FR 122

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 17 octobre 2022.

Constat : À la suite d'un retard dans l'envoi des QE par l'INAMI, la dernière réunion de débriefing a été déplacée au 17 octobre 2022 alors qu'elle aurait dû avoir lieu le 14 octobre 2022.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 255
- ⊕ Nb de répondants 71
- ⊕ Pourcentage 27,84 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	7	9,9	9,9	9,9
	plus10	51	71,8	71,8	81,7
	plus5	13	18,3	18,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	19	26,8	26,8	26,8
	M	52	73,2	73,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	1	1,4	1,4	1,4
	1	70	98,6	98,6	100,0
	Total	71	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,4	1,4	1,4
	academic	11	15,5	15,5	16,9
	private	19	26,8	26,8	43,7
	public	40	56,3	56,3	100,0
	Total	71	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,4	1,4	1,4
	1	4	5,6	5,6	7,0
	10	5	7,0	7,0	14,1
	2	1	1,4	1,4	15,5
	3	1	1,4	1,4	16,9
	4	4	5,6	5,6	22,5
	5	6	8,5	8,5	31,0
	6	10	14,1	14,1	45,1
	7	4	5,6	5,6	50,7
	8	29	40,8	40,8	91,5
	9	6	8,5	8,5	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,4	1,4	1,4
	employee	6	8,5	8,5	9,9
	selfemployed	61	85,9	85,9	95,8
	statutory	3	4,2	4,2	100,0
	Total	71	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	15	21,1	21,1	21,1
	vla	41	57,7	57,7	78,9
	wal	15	21,1	21,1	100,0
	Total	71	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 2 libellés
- ⊕ Complexité 2 libellés
- ⊕ Risque 0 libellé

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie plastique.

3.1.2.8. Oto rhino laryngologie

1. Experts

GBS	T. Robillard
VBS	R. Mehta
RBS ORL (FR)	P. Levie
RBS ORL (NL)	F. Indesteege
GEDIS/CR1ESPULB	M. Vander Ghinst
LIGKUL	M. Jorissen

2. Planning pour l'oto rhino laryngologie

Planning pour les experts de l'ORL	
J1	L 19-sept réunion initiale + remise de la liste à paramétrer
J2	M 20-sept période pour remplir le paramétrage
J3	M 21-sept période pour remplir le paramétrage
J4	J 22-sept période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J4 à minuit.
J5	V 23-sept période pour remplir le paramétrage.
J6	S 24-sept
J7	D 25-sept
J8	L 26-sept période pour remplir le paramétrage.
J9	M 27-sept période pour remplir le paramétrage.
J10	M 28-sept période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J 29-sept
J12	V 30-sept
J13	S 1-oct
J14	D 2-oct
J15	L 3-oct Réunion de débriefing
J40	V 28-oct Réunion de débriefing

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 263

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 33 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 38 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 44 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 10 octobre 2022.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 12 octobre 2022 : 680 dont NL 337 et FR 343

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 28 octobre 2022.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 680
- ⊕ Nb de répondants 240
- ⊕ Pourcentage 35,29 %

expérience		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	18	7,5	7,5	7,5
	plus10	185	77,1	77,1	84,6
	plus5	37	15,4	15,4	100,0

	Total	240	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	136	56,7	56,7	56,7
	M	104	43,3	43,3	100,0
	Total	240	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	8	3,3	3,3	3,3
	1	232	96,7	96,7	100,0
	Total	240	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		8	3,3	3,3	3,3
	academic	45	18,8	18,8	22,1
	private	54	22,5	22,5	44,6
	public	133	55,4	55,4	100,0
	Total	240	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		8	3,3	3,3	3,3
	1	4	1,7	1,7	5,0
	10	43	17,9	17,9	22,9
	2	8	3,3	3,3	26,3
	3	14	5,8	5,8	32,1
	4	23	9,6	9,6	41,7
	5	23	9,6	9,6	51,3
	6	27	11,3	11,3	62,5
	7	20	8,3	8,3	70,8
	8	57	23,8	23,8	94,6
	9	13	5,4	5,4	100,0
	Total	240	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		8	3,3	3,3	3,3
	employee	32	13,3	13,3	16,7
	selfemployed	191	79,6	79,6	96,3
	statutory	9	3,8	3,8	100,0

	Total	240	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	33	13,8	13,8	13,8
	vla	126	52,5	52,5	66,3
	wal	81	33,8	33,8	100,0
	Total	240	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 17 libellés
- ⊕ Complexité 0 libellé
- ⊕ Risque 4 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour l'oto rhino laryngologie.

3.1.2.9. Stomatologie

1. Experts

GBS	B. Kovacs
VBS	P. Lamoral
SRBCMF (FR)	E. Boutremans
SRBCMF (NL)	C. Politis
GEDIS/CR1ESPULB	L. Evrard
LIGKUL	A. Declercq

2. Planning pour la stomatologie

Planning pour les experts de stomatologie			
J1	L	10-oct	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	11-oct	période pour remplir le paramétrage
J3	M	12-oct	période pour remplir le paramétrage
J4	J	13-oct	période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis 50% de sa liste complétée pour J4 à minuit.
J5	V	14-oct	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	15-oct	
J7	D	16-oct	
J8	L	17-oct	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	18-oct	période pour remplir le paramétrage.
J10	M	19-oct	période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J	20-oct	
J12	V	21-oct	
J13	S	22-oct	
J14	D	23-oct	
J15	L	24-oct	Réunion de debriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J40	V	18-nov	Réunion de debriefing (vidéoconférence de 14h à 17h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 204

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 2 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 36 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 35 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 26 octobre 2022.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 28 octobre 2022 : 332 dont NL 204 et FR 128

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 18 novembre 2022.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 332
- ⊕ Nb de répondants 77
- ⊕ Pourcentage 23,19 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	16	20,8	20,8	20,8
	plus10	49	63,6	63,6	84,4
	plus5	12	15,6	15,6	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	16	20,8	20,8	20,8
	M	61	79,2	79,2	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	2	2,6	2,6	2,6
	1	75	97,4	97,4	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		2	2,6	2,6	2,6
	academic	5	6,5	6,5	9,1
	private	17	22,1	22,1	31,2
	public	53	68,8	68,8	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		2	2,6	2,6	2,6
	10	21	27,3	27,3	29,9
	2	1	1,3	1,3	31,2
	3	1	1,3	1,3	32,5
	4	3	3,9	3,9	36,4
	5	2	2,6	2,6	39,0
	6	5	6,5	6,5	45,5
	7	6	7,8	7,8	53,2
	8	29	37,7	37,7	90,9
	9	7	9,1	9,1	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
status					

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		2	2,6	2,6	2,6
	employee	2	2,6	2,6	5,2
	selfemployed	73	94,8	94,8	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	5	6,5	6,5	6,5
	vla	61	79,2	79,2	85,7
	wal	11	14,3	14,3	100,0
	Total	77	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 0 libellé
- ⊕ Risque 0 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la stomatologie.

3.1.2.10. Dermatologie

1. Experts

GBS	B. De Donder
VBS	J. Snauwaert
SRBDV	A. Nikkels
KBVDV	J. Lambert
GEDIS/CR1ESPULB	P. Ghislain
LIGKUL	A. Van Laethem

2. Planning pour la dermatologie

Planning pour les experts de dermatologie			
J1	L	24-oct	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer (vidéoconférence de 10h à 12h)
J2	M	25-oct	période pour remplir le paramétrage
J3	M	26-oct	période pour remplir le paramétrage
J4	J	27-oct	période pour remplir le paramétrage
J5	V	28-oct	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	29-oct	
J7	D	30-oct	
J8	L	31-oct	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	1-nov	période pour remplir le paramétrage.
J10	M	2-nov	période pour remplir le paramétrage. Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit.
J11	J	3-nov	
J12	V	4-nov	
J13	S	5-nov	
J14	D	6-nov	
J15	L	7-nov	Réunion de debriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J40	V	2-déc	Réunion de debriefing (vidéoconférence de 14h à 17h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 41

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 3 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 1 libellé
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 2 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 15 novembre 2022.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 16 novembre 2022 : 728 dont NL XXX et FR XXX³

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 02 décembre 2022.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 728
- ⊕ Nb de répondants 212
- ⊕ Pourcentage 29,12 %

³ XXX : données non communiquées par l'INAMI

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	12	5,7	5,7	5,7
	plus10	169	79,7	79,7	85,4
	plus5	31	14,6	14,6	100,0
	Total	212	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	164	77,4	77,4	77,4
	M	48	22,6	22,6	100,0
	Total	212	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	106	50,0	50,0	50,0
	1	106	50,0	50,0	100,0
	Total	212	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		100	47,2	47,2	47,2
	academic	27	12,7	12,7	59,9
	private	29	13,7	13,7	73,6
	public	56	26,4	26,4	100,0
	Total	212	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		102	48,1	48,1	48,1
	0	1	0,5	0,5	48,6
	1	8	3,8	3,8	52,4
	10	9	4,2	4,2	56,6
	2	23	10,8	10,8	67,5
	3	12	5,7	5,7	73,1
	4	18	8,5	8,5	81,6
	5	13	6,1	6,1	87,7
	6	9	4,2	4,2	92,0
	7	6	2,8	2,8	94,8
	8	10	4,7	4,7	99,5
	9	1	0,5	0,5	100,0
	Total	212	100,0	100,0	

status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		102	48,1	48,1	48,1
	employee	8	3,8	3,8	51,9
	selfemployed	97	45,8	45,8	97,6
	statutory	5	2,4	2,4	100,0
	Total	212	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	36	17,0	17,0	17,0
	vla	108	50,9	50,9	67,9
	wal	68	32,1	32,1	100,0
	Total	212	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 15 libellés
- ⊕ Complexité 7 libellés
- ⊕ Risque 2 libellés

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la dermatologie.

3.1.2.11. Urologie

1. Experts

GBS	A. Peltier
VBS	F. Ameye
SBU	F. Legrand
BVU	T. Adams
GEDIS/CR1ESPULB	T. Roumeguere
LIGKUL	F. Van Der Aa

2. Planning pour l'urologie

Planning pour les experts d'urologie			
J1	L	21-nov	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	22-nov	période pour remplir le paramétrage
J3	M	23-nov	période pour remplir le paramétrage
J4	J	24-nov	période pour remplir le paramétrage
J5	V	25-nov	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	26-nov	
J7	D	27-nov	
J8	L	28-nov	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	29-nov	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	30-nov	
J11	J	1-déc	
J12	V	2-déc	
J13	S	3-déc	
J14	D	4-déc	
J15	L	5-déc	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J40	V	13-janv	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 17h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 276

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 77 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 97 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 111 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 09 décembre 2022.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 12 décembre 2022 : 418 dont NL XXX et FR XXX⁴

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 13 janvier 2023.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 418
- ⊕ Nb de répondants 73
- ⊕ Pourcentage 17,46 %

⁴ XXX : données non communiquées par l'INAMI

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	5	6,8	6,8	6,8
	plus10	53	72,6	72,6	79,5
	plus5	15	20,5	20,5	100,0
	Total	73	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	10	13,7	13,7	13,7
	M	63	86,3	86,3	100,0
	Total	73	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	73	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	16	21,9	21,9	21,9
	private	26	35,6	35,6	57,5
	public	31	42,5	42,5	100,0
	Total	73	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	1	1,4	1,4	1,4
	10	27	37,0	37,0	38,4
	4	1	1,4	1,4	39,7
	5	1	1,4	1,4	41,1
	6	2	2,7	2,7	43,8
	7	5	6,8	6,8	50,7
	8	17	23,3	23,3	74,0
	9	19	26,0	26,0	100,0
	Total	73	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	9	12,3	12,3	12,3
	selfemployed	57	78,1	78,1	90,4
	statutory	7	9,6	9,6	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	10	13,7	13,7	13,7
	vla	43	58,9	58,9	72,6
	wal	20	27,4	27,4	100,0
	Total	73	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 6 libellés
- ⊕ Risque 23 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour l'urologie.

3.1.2.12. Gynécologie - obstétrique

1. Experts

GBS	P. Emonts
VBS	G. Verhulst
CRGOLFB	M. Nisolle
VVOG	O. Brouckaert
GEDIS/CR1ESPULB	F. Buxant
LIGKUL	D. Timmerman

2. Planning pour la gynécologie

Planning pour les experts de gynécologie			
J1	L	16-janv	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	17-janv	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	18-janv	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	19-janv	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	20-janv	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	21-janv	
J7	D	22-janv	
J8	L	23-janv	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	24-janv	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	25-janv	
J11	J	26-janv	
J12	V	27-janv	
J13	S	28-janv	
J14	D	29-janv	
J15	L	30-janv	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	31-janv	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	19-févr	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	24-févr	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 17h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 230

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 88 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 20 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 83 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 06 février 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 10 février 2023 : 1.492 dont NL XXX et FR XXX⁵

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 24 février 2023.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 1.492

⁵ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb de répondants 220
 ⊕ Pourcentage 14,75 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	20	9,1	9,1	9,1
	plus10	175	79,5	79,5	88,6
	plus5	25	11,4	11,4	100,0
	Total	220	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	125	56,8	56,8	56,8
	M	95	43,2	43,2	100,0
	Total	220	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	15	6,8	6,8	6,8
	1	205	93,2	93,2	100,0
	Total	220	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		15	6,8	6,8	6,8
	academic	40	18,2	18,2	25,0
	private	73	33,2	33,2	58,2
	public	92	41,8	41,8	100,0
	Total	220	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		15	6,8	6,8	6,8
	0	1	0,5	0,5	7,3
	1	7	3,2	3,2	10,5
	10	49	22,3	22,3	32,7
	2	10	4,5	4,5	37,3
	3	9	4,1	4,1	41,4
	4	12	5,5	5,5	46,8
	5	17	7,7	7,7	54,5
	6	14	6,4	6,4	60,9

	7	17	7,7	7,7	68,6
	8	52	23,6	23,6	92,3
	9	17	7,7	7,7	100,0
	Total	220	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		15	6,8	6,8	6,8
	employee	22	10,0	10,0	16,8
	selfemployed	169	76,8	76,8	93,6
	statutory	14	6,4	6,4	100,0
	Total	220	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	42	19,1	19,1	19,1
	vla	123	55,9	55,9	75,0
	wal	55	25,0	25,0	100,0
	Total	220	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 18 libellés
- ⊕ Complexité 0 libellé
- ⊕ Risque 1 libellé

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la gynécologie.

3.1.2.13. Gastro-entérologie

1. Experts

GBS	A. Sibille
VBS	K. Valgaeren
CRGOLFB	P. Deprez
VVOG	P. Dewint
GEDIS/CR1ESPULB	J. Devière
LIGKUL	R. Bisschops

2. Planning pour la gastro-entérologie

Planning pour les experts de gastro-entérologie			
J1	L	20-févr	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	21-févr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	22-févr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	23-févr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	24-févr	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	25-févr	
J7	D	26-févr	
J8	L	27-févr	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	28-févr	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	1-mars	
J11	J	2-mars	
J12	V	3-mars	
J13	S	4-mars	
J14	D	5-mars	
J15	L	6-mars	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	7-mars	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	26-mars	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	31-mars	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 17h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 98

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 50 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 40 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 45 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 10 mars 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 15 mars 2023: 743 dont NL XXX et FR XXX⁶

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 31 mars 2023.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 743
- ⊕ Nb de répondants 146
- ⊕ Pourcentage 19,65 %

⁶ XXX : données non communiquées par l'INAMI

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	15	10,3	10,3	10,3
	plus10	115	78,8	78,8	89,0
	plus5	16	11,0	11,0	100,0
	Total	146	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	40	27,4	27,4	27,4
	M	106	72,6	72,6	100,0
	Total	146	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	6	4,1	4,1	4,1
	1	140	95,9	95,9	100,0
	Total	146	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		6	4,1	4,1	4,1
	academic	31	21,2	21,2	25,3
	private	49	33,6	33,6	58,9
	public	60	41,1	41,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		6	4,1	4,1	4,1
	1	2	1,4	1,4	5,5
	10	50	34,2	34,2	39,7
	2	2	1,4	1,4	41,1
	3	1	0,7	0,7	41,8
	4	1	0,7	0,7	42,5
	5	2	1,4	1,4	43,8
	6	3	2,1	2,1	45,9
	7	9	6,2	6,2	52,1
	8	37	25,3	25,3	77,4
	9	33	22,6	22,6	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		6	4,1	4,1	4,1
	employee	24	16,4	16,4	20,5
	selfemployed	111	76,0	76,0	96,6
	statutory	5	3,4	3,4	100,0
	Total	146	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	23	15,8	15,8	15,8
	vla	85	58,2	58,2	74,0
	wal	38	26,0	26,0	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 4 libellés
- ⊕ Complexité 1 libellé
- ⊕ Risque 2 libellés

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la gastro-entérologie.

3.1.2.14. Chirurgie du tractus abdominal supérieur

1. Experts

GBS	B. Mansvelt
VBS	P. Boons (absent → n'a pas rempli sa mission)
RBSS (fr)	A. De Roover
RBSS (nl)	F. Berrevoet
GEDIS/CR1ESPULB	J. Closset
LIGKUL	B. Topal

2. Planning pour la chirurgie du tractus abdominal supérieur

Planning pour les experts de chirurgie abdominale (groupe 1)			
J1	L	27-mars	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	28-mars	période pour remplir le paramétrage
J3	M	29-mars	période pour remplir le paramétrage
J4	J	30-mars	période pour remplir le paramétrage
J5	V	31-mars	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	1-avr	
J7	D	2-avr	
J8	L	3-avr	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	4-avr	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	5-avr	
J11	J	6-avr	
J12	V	7-avr	
J13	S	8-avr	
J14	D	9-avr	
J15	L	10-avr	Jour férié
J16	M	11-avr	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J17	M	12-avr	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
J35	D	30-avr	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	5-mai	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 192

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 34 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 47 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 54 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 14 avril 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 20 avril 2023 : 493 dont NL XXX et FR XXX⁷

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 05 mai 2023.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 493

⁷ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb de répondants 97
 ⊕ Pourcentage 19,68 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	2	2,1	2,1	2,1
	plus10	83	85,6	85,6	87,6
	plus5	12	12,4	12,4	100,0
	Total	97	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	12	12,4	12,4	12,4
	M	85	87,6	87,6	100,0
	Total	97	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	97	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	27	27,8	27,8	27,8
	private	34	35,1	35,1	62,9
	public	36	37,1	37,1	100,0
	Total	97	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	65	67,0	67,0	67,0
	2	1	1,0	1,0	68,0
	4	1	1,0	1,0	69,1
	5	2	2,1	2,1	71,1
	6	1	1,0	1,0	72,2
	7	1	1,0	1,0	73,2
	8	16	16,5	16,5	89,7
	9	10	10,3	10,3	100,0
	Total	97	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	18	18,6	18,6	18,6
	selfemployed	71	73,2	73,2	91,8

	statutory	8	8,2	8,2	100,0
	Total	97	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	10	10,3	10,3	10,3
	vla	60	61,9	61,9	72,2
	wal	27	27,8	27,8	100,0
	Total	97	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 2 libellés
- ⊕ Risque 5 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie du tractus abdominal supérieur.

3.1.2.15. Chirurgie du tractus abdominal inférieur

1. Experts

GBS	P. Malvaux
VBS	L. Dedrye
RBSS (fr)	G. Liberale
RBSS (nl)	N. Komen (absent → n'a pas rempli sa mission)
GEDIS/CR1ESPULB	A. Buggenhout
LIGKUL	A. D'hoore

2. Planning pour la chirurgie du tractus abdominal inférieur

Planning pour les experts de chirurgie abdominale (groupe 2)			
J1	L	3-avr	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	4-avr	période pour remplir le paramétrage
J3	M	5-avr	période pour remplir le paramétrage
J4	J	6-avr	période pour remplir le paramétrage
J5	V	7-avr	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	8-avr	
J7	D	9-avr	
J8	L	10-avr	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	11-avr	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	12-avr	
J11	J	13-avr	
J12	V	14-avr	
J13	S	15-avr	
J14	D	16-avr	
J15	L	17-avr	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	18-avr	Remise de la liste des estimations
			période pour remplir les estimations
J35	D	7-mai	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	12-mai	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 203

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 61 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 103 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 146 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 21 avril 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 29 avril 2023 : 493 dont NL XXX et FR XXX⁸

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 12 mai 2023.

(a) Descriptif des participants

⁸ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb envois 493
 ⊕ Nb de répondants 93
 ⊕ Pourcentage 18,86 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	3	3,2	3,2	3,2
	plus10	77	82,8	82,8	86,0
	plus5	13	14,0	14,0	100,0
	Total	93	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	14	15,1	15,1	15,1
	M	79	84,9	84,9	100,0
	Total	93	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	93	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	19	20,4	20,4	20,4
	private	32	34,4	34,4	54,8
	public	42	45,2	45,2	100,0
	Total	93	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	61	65,6	65,6	65,6
	2	1	1,1	1,1	66,7
	4	1	1,1	1,1	67,7
	5	1	1,1	1,1	68,8
	8	19	20,4	20,4	89,2
	9	10	10,8	10,8	100,0
	Total	93	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	13	14,0	14,0	14,0
	selfemployed	75	80,6	80,6	94,6
	statutory	5	5,4	5,4	100,0

	Total	93	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	11	11,8	11,8	11,8
	vla	49	52,7	52,7	64,5
	wal	33	35,5	35,5	100,0
	Total	93	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 0 libellé
- ⊕ Complexité 0 libellé
- ⊕ Risque 4 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie du tractus abdominal inférieur.

3.1.2.16. Chirurgie spéciale de l'œsophage et du pancréas

1. Experts

GBS	B. Mansvelt
	P. Naftoux (chirurgien thoracique)
RBSS (fr)	A. De Roover
RBSS (nl)	F. Berrevoet
GEDIS/CR1ESPULB	J. Closset
LIGKUL	B. Topal

2. Planning pour la chirurgie spéciale de l'œsophage et du pancréas

Planning pour les experts de chirurgie abdominale (groupe 3)			
J1	L	15-mai	remise de la liste à paramétrer
J2	M	16-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	17-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	18-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	19-mai	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	20-mai	
J7	D	21-mai	
J8	L	22-mai	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	23-mai	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J15	L	19-juin	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 17h30 à 19h30)
J16	M	20-juin	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	V	1-sept	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	8-sept	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 57

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 3 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 5 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 14 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

Remarque : Deux questionnaires distincts ont été envoyés : 1 questionnaire concernait les prestations de l'œsophage et 1 questionnaire concernait les prestations du pancréas.

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 30 juin 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 04 juillet 2023 :

OESOPHAGE : 26 dont NL XXX et FR XXX
PANCREAS : 45 dont NL XXX et FR XXX⁹

⁹ XXX : données non communiquées par l'INAMI

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 08 septembre 2023.

OESOPHAGE

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	26
⊕ Nb de répondants	8
⊕ Pourcentage	30,77 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	1	12,5	12,5	12,5
	plus10	5	62,5	62,5	75,0
	plus5	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	4	50,0	50,0	50,0
	M	4	50,0	50,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	8	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	6	75,0	75,0	75,0
	public	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	5	62,5	62,5	62,5
	5	1	12,5	12,5	75,0
	8	1	12,5	12,5	87,5
	9	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
status					

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	5	62,5	62,5	62,5
	selfemployed	2	25,0	25,0	87,5
	statutory	1	12,5	12,5	100,0
	Total	8	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	vla	6	75,0	75,0	75,0
	wal	2	25,0	25,0	100,0
	Total	8	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 0 libellé
- ⊕ Complexité 2 libellés
- ⊕ Risque 1 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie spéciale de l'œsophage.

PANCREAS

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 45
- ⊕ Nb de répondants 9
- ⊕ Pourcentage 20,00 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plus10	4	44,4	44,4	44,4
	plus5	5	55,6	55,6	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	1	11,1	11,1	11,1
	M	8	88,9	88,9	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	9	100,0	100,0	100,0

hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	7	77,8	77,8	77,8
	private	1	11,1	11,1	88,9
	public	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	7	77,8	77,8	77,8
	8	1	11,1	11,1	88,9
	9	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	4	44,4	44,4	44,4
	selfemployed	3	33,3	33,3	77,8
	statutory	2	22,2	22,2	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	1	11,1	11,1	11,1
	vla	4	44,4	44,4	55,6
	wal	4	44,4	44,4	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 0 libellé
- ⊕ Complexité 0 libellé
- ⊕ Risque 3 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie spéciale du pancréas.

3.1.2.17. Ophtalmologie

1. Experts

GBS	O. Kallay
VBS	P. Van Bladel
BGS	S. Pourjavan
BSCRS	J. Blanckaert
GEDIS/CR1ESPULB	A. Boschi
LIGKUL	J. Van Calster

2. Planning pour l'ophtalmologie

Planning pour les experts d'ophtalmologie			
J1	L	24-avr	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	25-avr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	26-avr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	27-avr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	28-avr	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	29-avr	
J7	D	30-avr	
J8	L	1-mai	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	2-mai	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	3-mai	
J11	J	4-mai	
J12	V	5-mai	
J13	S	6-mai	
J14	D	7-mai	
J15	L	8-mai	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	9-mai	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	28-mai	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	2-juin	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 193

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 30 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 15 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 32 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 11 mai 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 16 mai 2023 : 1.066 dont NL XXX et FR XXX¹⁰

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 02 juin 2023.

(a) Descriptif des participants

- ⊕ Nb envois 1.066
- ⊕ Nb de répondants 279

¹⁰ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Pourcentage

26,17 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	22	7,9	7,9	7,9
	plus10	207	74,2	74,2	82,1
	plus5	50	17,9	17,9	100,0
	Total	279	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	169	60,6	60,6	60,6
	M	110	39,4	39,4	100,0
	Total	279	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	31	11,1	11,1	11,1
	1	248	88,9	88,9	100,0
	Total	279	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		30	10,8	10,8	10,8
	academic	48	17,2	17,2	28,0
	private	66	23,7	23,7	51,6
	public	135	48,4	48,4	100,0
	Total	279	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		30	10,8	10,8	10,8
	1	21	7,5	7,5	18,3
	10	20	7,2	7,2	25,4
	2	26	9,3	9,3	34,8
	3	31	11,1	11,1	45,9
	4	48	17,2	17,2	63,1
	5	44	15,8	15,8	78,9
	6	20	7,2	7,2	86,0
	7	9	3,2	3,2	89,2
	8	22	7,9	7,9	97,1
	9	8	2,9	2,9	100,0
	Total	279	100,0	100,0	

status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		30	10,8	10,8	10,8
	employee	17	6,1	6,1	16,8
	selfemployed	225	80,6	80,6	97,5
	statutory	7	2,5	2,5	100,0
	Total	279	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	38	13,6	13,6	13,6
	vla	139	49,8	49,8	63,4
	wal	102	36,6	36,6	100,0
	Total	279	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 22 libellés
- ⊕ Complexité 9 libellés
- ⊕ Risque 8 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour l'ophtalmologie.

3.1.2.18. Pneumologie

1. Experts

GBS	D. Butenda
VBS	J. Lamont
BeRS (fr)	R. Louis
BeRS (nl)	E. Derom
GEDIS/CR1ESPULB	O. Vandenplas
LIGKUL	L. Dupont

2. Planning pour la pneumologie

Planning pour les experts de pneumologie			
J1	L	22-mai	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	23-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	24-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	25-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	26-mai	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	27-mai	
J7	D	28-mai	
J8	L	29-mai	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	30-mai	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	31-mai	
J11	J	1-juin	
J12	V	2-juin	
J13	S	3-juin	
J14	D	4-juin	
J15	L	5-juin	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	6-juin	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	25-juin	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	30-juin	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 58

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 40 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 22 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 27 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 08 juin 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 10 juin 2023 : 584 dont NL XXX et FR XXX¹¹

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 30 juin 2023.

(a) Descriptif des participants

¹¹ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb envois 584
 ⊕ Nb de répondants 191
 ⊕ Pourcentage 32,71%

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	26	13,6	13,6	13,6
	plus10	133	69,6	69,6	83,2
	plus5	32	16,8	16,8	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	85	44,5	44,5	44,5
	M	106	55,5	55,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	5	2,6	2,6	2,6
	1	186	97,4	97,4	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		5	2,6	2,6	2,6
	academic	43	22,5	22,5	25,1
	private	56	29,3	29,3	54,5
	public	87	45,5	45,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		5	2,6	2,6	2,6
	10	69	36,1	36,1	38,7
	2	2	1,0	1,0	39,8
	3	2	1,0	1,0	40,8
	4	1	0,5	0,5	41,4
	5	4	2,1	2,1	43,5
	6	8	4,2	4,2	47,6
	7	12	6,3	6,3	53,9
	8	56	29,3	29,3	83,2
	9	32	16,8	16,8	100,0

	Total	191	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		5	2,6	2,6	2,6
	employee	30	15,7	15,7	18,3
	selfemployed	144	75,4	75,4	93,7
	statutory	12	6,3	6,3	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	17	8,9	8,9	8,9
	vla	95	49,7	49,7	58,6
	wal	79	41,4	41,4	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 24 libellés
- ⊕ Complexité 24 libellés
- ⊕ Risque 8 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la pneumologie.

3.1.2.19. Chirurgie thoracique pulmonaire

1. Experts

GBS	E. Wijtenburg
VBS	R. Deleersnijder
RBSS (fr)	J. Possoz
RBSS (nl)	H. Decaluwé
GEDIS/CR1ESPULB	B. Rondelet
LIGKUL	D. Van Raemdonck

2. Planning pour la chirurgie thoracique pulmonaire

Planning pour les experts de chirurgie thoracique			
J1	L	12-juin	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	13-juin	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	14-juin	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	15-juin	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	16-juin	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	17-juin	
J7	D	18-juin	
J8	L	19-juin	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	20-juin	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	21-juin	
J11	J	22-juin	
J12	V	23-juin	
J13	S	24-juin	
J14	D	25-juin	
J15	L	26-juin	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	27-juin	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	V	25-août	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	1-sept	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 208

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 70 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 90 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 115 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 29 juin 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 03 juillet 2023 : 111 dont NL XXX et FR XXX¹²

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 01 septembre 2023.

¹² XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	111
⊕ Nb de répondants	31
⊕ Pourcentage	27,93 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plus10	29	93,5	93,5	93,5
	plus5	2	6,5	6,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	6	19,4	19,4	19,4
	M	25	80,6	80,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	31	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	10	32,3	32,3	32,3
	private	5	16,1	16,1	48,4
	public	16	51,6	51,6	100,0
	Total	31	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	19	61,3	61,3	61,3
	8	7	22,6	22,6	83,9
	9	5	16,1	16,1	100,0
	Total	31	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	8	25,8	25,8	25,8
	selfemployed	22	71,0	71,0	96,8
	statutory	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	
region					

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	4	12,9	12,9	12,9
	vla	16	51,6	51,6	64,5
	wal	11	35,5	35,5	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 1 libellé
- ⊕ Complexité 2 libellés
- ⊕ Risque 1 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie thoracique pulmonaire.

3.1.2.20. Chirurgie cardiaque

1. Experts

GBS	P. Van Ruyssevelt
VBS	K. Cathenis
BACTS FR	L. De Kerchove
BACTS NL	F. Rega
GEDIS/CR1ESPULB	D. De Cannière
LIGKUL	P. Verbrugghe

2. Planning pour la chirurgie cardiaque

Planning pour les experts de chirurgie cardiaque			
J1	L	28-août	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	29-août	période pour remplir le paramétrage
J3	M	30-août	période pour remplir le paramétrage
J4	J	31-août	période pour remplir le paramétrage
J5	V	01-sept	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	02-sept	
J7	D	03-sept	
J8	L	04-sept	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	05-sept	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	06-sept	
J11	J	07-sept	
J12	V	08-sept	
J13	S	09-sept	
J14	D	10-sept	
J15	L	11-sept	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	12-sept	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
J35	D	01-oct	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	06-oct	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 189

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 88 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 99 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 137 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 13 septembre 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 18 septembre 2023 : 101 dont NL XXX et FR XXX¹³

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 06 octobre 2023.

¹³ XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	101
⊕ Nb de répondants	28
⊕ Pourcentage	27,72 %

experience		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plus10	22	78,6	78,6	78,6
	plus5	6	21,4	21,4	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	4	14,3	14,3	14,3
	M	24	85,7	85,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	28	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	13	46,4	46,4	46,4
	private	7	25,0	25,0	71,4
	public	8	28,6	28,6	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	23	82,1	82,1	82,1
	8	2	7,1	7,1	89,3
	9	3	10,7	10,7	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	10	35,7	35,7	35,7
	selfemployed	14	50,0	50,0	85,7
	statutory	4	14,3	14,3	100,0
	Total	28	100,0	100,0	
region					

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	6	21,4	21,4	21,4
	vla	17	60,7	60,7	82,1
	wal	5	17,9	17,9	100,0
	Total	28	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 0 libellé
- ⊕ Complexité 8 libellés
- ⊕ Risque 3 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie cardiaque.

3.1.2.21. Cardiologie

1. Experts

GBS	D. Dolatabadi
VBS	M. Vrolix
BSC FR	B. Gerber
BSC NL	M. Dupont
GEDIS/CR1ESPULB	A. Bondue
LIGKUL	W. Budts

2. Planning pour la cardiologie

Planning pour les experts de cardiologie			
J1	L	18-sept	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	19-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	20-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	21-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	22-sept	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	23-sept	
J7	D	24-sept	
J8	L	25-sept	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	26-sept	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	27-sept	
J11	J	28-sept	
J12	V	29-sept	
J13	S	30-sept	
J14	D	01-oct	
J15	L	02-oct	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	03-oct	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	22-oct	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	27-oct	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 116

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 91 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 43 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 54 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 09 octobre 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 13 octobre 2023 : 1.187 dont NL XXX et FR XXX¹⁴

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 27 octobre 2023.

¹⁴ XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	1.187
⊕ Nb de répondants	317
⊕ Pourcentage	26,71 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	27	8,5	8,5	8,5
	plus10	238	75,1	75,1	83,6
	plus5	52	16,4	16,4	100,0
	Total	317	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	60	18,9	18,9	18,9
	M	257	81,1	81,1	100,0
	Total	317	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	21	6,6	6,6	6,6
	1	296	93,4	93,4	100,0
	Total	317	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		20	6,3	6,3	6,3
	academic	48	15,1	15,1	21,5
	private	108	34,1	34,1	55,5
	public	141	44,5	44,5	100,0
	Total	317	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		20	6,3	6,3	6,3
	1	3	0,9	0,9	7,3
	10	78	24,6	24,6	31,9
	2	6	1,9	1,9	33,8
	3	7	2,2	2,2	36,0
	4	5	1,6	1,6	37,5
	5	9	2,8	2,8	40,4
	6	15	4,7	4,7	45,1
	7	19	6,0	6,0	51,1

	8	105	33,1	33,1	84,2
	9	50	15,8	15,8	100,0
	Total	317	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		20	6,3	6,3	6,3
	employee	30	9,5	9,5	15,8
	selfemployed	259	81,7	81,7	97,5
	statutory	8	2,5	2,5	100,0
	Total	317	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	48	15,1	15,1	15,1
	vla	169	53,3	53,3	68,5
	wal	100	31,5	31,5	100,0
	Total	317	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 29 libellés
- ⊕ Complexité 20 libellés
- ⊕ Risque 3 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la cardiologie.

3.1.2.22. Chirurgie vasculaire

1. Experts

GBS	P. Remy
VBS	K. Deloose
BSVS FR	M. Elens
BSVS NL	C. Randon
GEDIS/CR1ESPULB	J.P. De Wilde
LIGKUL	I. Fourneau

2. Planning pour la chirurgie vasculaire

Planning pour les experts de chirurgie vasculaire			
J1	L	23-oct	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	24-oct	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	25-oct	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	26-oct	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	27-oct	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	28-oct	
J7	D	29-oct	
J8	L	30-oct	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	31-oct	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	01-nov	
J11	J	02-nov	
J12	V	03-nov	
J13	S	04-nov	
J14	D	05-nov	
J15	L	06-nov	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	07-nov	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	26-nov	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	01-déc	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 227

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 20 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 15 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 22 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 10 novembre 2023.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 16 novembre 2023 : 298 dont NL XXX et FR XXX¹⁵

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 01 décembre 2023.

¹⁵ XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	298
⊕ Nb de répondants	106
⊕ Pourcentage	35,57 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	plus10	89	84,0	84,0	84,0
	plus5	17	16,0	16,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	36	34,0	34,0	34,0
	M	70	66,0	66,0	100,0
	Total	106	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	3	2,8	2,8	2,8
	1	103	97,2	97,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		3	2,8	2,8	2,8
	academic	15	14,2	14,2	17,0
	private	33	31,1	31,1	48,1
	public	55	51,9	51,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		3	2,8	2,8	2,8
	1	4	3,8	3,8	6,6
	10	41	38,7	38,7	45,3
	2	1	0,9	0,9	46,2
	3	2	1,9	1,9	48,1
	4	1	0,9	0,9	49,1
	6	4	3,8	3,8	52,8
	7	2	1,9	1,9	54,7

	8	24	22,6	22,6	77,4
	9	24	22,6	22,6	100,0
	Total	106	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		3	2,8	2,8	2,8
	employee	12	11,3	11,3	14,2
	selfemployed	88	83,0	83,0	97,2
	statutory	3	2,8	2,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	12	11,3	11,3	11,3
	vla	67	63,2	63,2	74,5
	wal	27	25,5	25,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 5 libellés
- ⊕ Complexité 0 libellé
- ⊕ Risque 1 libellé

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie vasculaire.

3.1.2.23. Imagerie médicale

1. Experts

GBS	F. Alexis
VBS	T. De Beule
BSR FR	O. Ghekiere
BSR NL	P. Aerts
GEDIS/CR1ESPULB	C. Delcour
LIGKUL	C. Van Ongeval

2. Planning pour l'imagerie médicale

Planning pour les experts d'imagerie médicale			
J1	L	13-nov	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	14-nov	période pour remplir le paramétrage
J3	M	15-nov	période pour remplir le paramétrage
J4	J	16-nov	période pour remplir le paramétrage
J5	V	17-nov	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	18-nov	
J7	D	19-nov	
J8	L	20-nov	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	21-nov	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	22-nov	
J11	J	23-nov	
J12	V	24-nov	
J13	S	25-nov	
J14	D	26-nov	
J15	L	27-nov	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J15	L	04-déc	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 15h à 18h)
J16	M	05-déc	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
J35	D	17-déc	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	22-déc	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14 à 16h de 10h à 12h)

Planning V2 pour les experts d'imagerie médicale			
	L	04-déc	période pour remplir le paramétrage période pour remplir le paramétrage période pour remplir le paramétrage
	J	14-déc	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée
	V	15-déc	
	S	16-déc	
	D	17-déc	
	L	18-déc	
	M	19-déc	
	M	20-déc	
	J	21-déc	
J15BIS	V	22-déc	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 13h à 15h)-(vidéoconférence de 10h à 12h)
	M	03-janv	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
	D	21-janv	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	26-janv	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 15h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts

⊕ Total des libellés à paramétrer : 404

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

⊕ Ecart significatifs "durée" : 22 libellés

⊕ Ecart significatifs "complexité" : 10 libellés

⊕ Ecart significatifs "risque" : 112 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 11 janvier 2024.

⊕ Questionnaires envoyés le 17 janvier 2024 : 1.565 dont NL XXX et FR XXX¹⁶

Remarque : Etant donné le nombre de libellés, 2 QE ont été transmis aux radiologues :

- 1 QE avec les prestations d'imagerie médicale interventionnelles
- 1 QE avec les prestations d'imagerie médicale diagnostiques

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 26 janvier 2024.

A. IMAGERIE MEDICALE DIAGNOSTIQUE

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois 1.565

⊕ Nb de répondants 366

⊕ Pourcentage 23,39 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	37	10,1	10,1	10,1
	plus10	261	71,3	71,3	81,4
	plus5	68	18,6	18,6	100,0
	Total	366	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	108	29,5	29,5	29,5
	M	258	70,5	70,5	100,0
	Total	366	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	42	11,5	11,5	11,5
	1	324	88,5	88,5	100,0
	Total	366	100,0	100,0	

¹⁶ XXX : données non communiquées par l'INAMI

hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		39	10,7	10,7	10,7
	academic	42	11,5	11,5	22,1
	private	120	32,8	32,8	54,9
	public	165	45,1	45,1	100,0
	Total	366	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		40	10,9	10,9	10,9
	10	153	41,8	41,8	52,7
	2	3	0,8	0,8	53,6
	3	1	0,3	0,3	53,8
	4	4	1,1	1,1	54,9
	5	5	1,4	1,4	56,3
	6	16	4,4	4,4	60,7
	7	12	3,3	3,3	63,9
	8	95	26,0	26,0	89,9
	9	37	10,1	10,1	100,0
	Total	366	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		40	10,9	10,9	10,9
	employee	24	6,6	6,6	17,5
	selfemployed	293	80,1	80,1	97,5
	statutory	9	2,5	2,5	100,0
	Total	366	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	50	13,7	13,7	13,7
	vla	204	55,7	55,7	69,4
	wal	112	30,6	30,6	100,0
	Total	366	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

⊕ Durée 7 libellés

⊕ Complexité 4 libellés

⊕ Risque 4 libellés

B. IMAGERIE MEDICALE INTERVENTIONNELLE

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	1.565
⊕ Nb de répondants	188
⊕ Pourcentage	12,01 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	14	7,4	7,4	7,4
	plus10	133	70,7	70,7	78,2
	plus5	41	21,8	21,8	100,0
	Total	188	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	45	23,9	23,9	23,9
	M	143	76,1	76,1	100,0
	Total	188	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	5	2,7	2,7	2,7
	1	183	97,3	97,3	100,0
	Total	188	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		5	2,7	2,7	2,7
	academic	23	12,2	12,2	14,9
	private	72	38,3	38,3	53,2
	public	88	46,8	46,8	100,0
	Total	188	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		5	2,7	2,7	2,7
	0	1	0,5	0,5	3,2
	10	75	39,9	39,9	43,1
	2	4	2,1	2,1	45,2
	3	1	0,5	0,5	45,7
	4	1	0,5	0,5	46,3

	5	1	0,5	0,5	46,8
	6	12	6,4	6,4	53,2
	7	3	1,6	1,6	54,8
	8	60	31,9	31,9	86,7
	9	25	13,3	13,3	100,0
	Total	188	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		5	2,7	2,7	2,7
	employee	7	3,7	3,7	6,4
	selfemployed	171	91,0	91,0	97,3
	statutory	5	2,7	2,7	100,0
	Total	188	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	21	11,2	11,2	11,2
	vla	98	52,1	52,1	63,3
	wal	69	36,7	36,7	100,0
	Total	188	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 5 libellés
- ⊕ Complexité 1 libellé
- ⊕ Risque 1 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour l'imagerie médicale.

3.1.2.24. Neurologie

1. Experts

GBS	J.M. Raymackers
VBS	L. Dobbels
BNS FR	S. Sava
BNS NL	R. Crols
GEDIS/CR1ESPULB	N. Gaspard
LIGKUL	J. Terry

2. Planning pour la neurologie

Planning pour les experts de neurologie		
J1	L	04-déc réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 15h)
J2	M	05-déc <i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	06-déc <i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	07-déc <i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	08-déc <i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	09-déc
J7	D	10-déc
J8	L	11-déc <i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	12-déc Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	13-déc
J11	J	14-déc
J12	V	15-déc
J13	S	16-déc
J14	D	17-déc
J15	L	18-déc Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	19-déc Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	21-janv Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	26-janv Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 38

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatif "durée" : 17 libellés
- ⊕ Ecart significatif "complexité" : 4 libellés
- ⊕ Ecart significatif "risque" : 12 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 08 janvier 2024.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 14 janvier 2024 : 666 dont NL XXX et FR XXX¹⁷

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 26 janvier 2024.

(a) Descriptif des participants

¹⁷ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb envois 666
 ⊕ Nb de répondants 228
 ⊕ Pourcentage 34,23 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	31	13,6	13,6	13,6
	plus10	154	67,5	67,5	81,1
	plus5	43	18,9	18,9	100,0
	Total	228	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	117	51,3	51,3	51,3
	M	111	48,7	48,7	100,0
	Total	228	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	23	10,1	10,1	10,1
	1	205	89,9	89,9	100,0
	Total	228	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		23	10,1	10,1	10,1
	academic	64	28,1	28,1	38,2
	private	54	23,7	23,7	61,8
	public	87	38,2	38,2	100,0
	Total	228	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		23	10,1	10,1	10,1
	1	2	0,9	0,9	11,0
	10	60	26,3	26,3	37,3
	2	4	1,8	1,8	39,0
	3	2	0,9	0,9	39,9
	4	8	3,5	3,5	43,4
	5	5	2,2	2,2	45,6
	6	17	7,5	7,5	53,1
7	10	4,4	4,4	57,5	

	8	61	26,8	26,8	84,2
	9	36	15,8	15,8	100,0
	Total	228	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		23	10,1	10,1	10,1
	employee	46	20,2	20,2	30,3
	selfemployed	142	62,3	62,3	92,5
	statutory	17	7,5	7,5	100,0
	Total	228	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	47	20,6	20,6	20,6
	vla	113	49,6	49,6	70,2
	wal	68	29,8	29,8	100,0
	Total	228	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 2 libellés
- ⊕ Complexité 4 libellés
- ⊕ Risque 1 libellé

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la neurologie.

3.1.2.25. Rhumatologie

1. Experts

GBS	L. Meric de Bellefon
VBS	P. Remans
SRBR	P. Durez
KBVR	Y. Piette
GEDIS/CR1ESPULB	M. Vanden Berghe
LIGKUL	R. Lories

2. Planning pour la rhumatologie

Planning pour les experts de RHUMATOLOGIE			
J1	L	08-janv	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 15h)
J2	M	09-janv	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	10-janv	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	11-janv	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	12-janv	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	13-janv	
J7	D	14-janv	
J8	L	15-janv	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	16-janv	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	17-janv	
J11	J	18-janv	
J12	V	19-janv	
J13	S	20-janv	
J14	D	21-janv	
J15	L	22-janv	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 15h30)
J16	M	23-janv	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	11-févr	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	16-févr	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 14

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 9 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 13 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 14 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 24 janvier 2024.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 27 janvier 2024 : 251 dont NL XXX et FR XXX¹⁸

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 16 février 2024.

(a) Descriptif des participants

¹⁸ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb envois	251
⊕ Nb de répondants	112
⊕ Pourcentage	44,62 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	12	10,7	10,7	10,7
	plus10	86	76,8	76,8	87,5
	plus5	14	12,5	12,5	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	65	58,0	58,0	58,0
	M	47	42,0	42,0	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	11	9,8	9,8	9,8
	1	101	90,2	90,2	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	9,8	9,8	9,8
	academic	27	24,1	24,1	33,9
	private	25	22,3	22,3	56,3
	public	49	43,8	43,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	9,8	9,8	9,8
	0	1	0,9	0,9	10,7
	1	2	1,8	1,8	12,5
	10	21	18,8	18,8	31,3
	2	3	2,7	2,7	33,9
	3	4	3,6	3,6	37,5
	4	11	9,8	9,8	47,3
	5	7	6,3	6,3	53,6

	6	10	8,9	8,9	62,5
	7	8	7,1	7,1	69,6
	8	29	25,9	25,9	95,5
	9	5	4,5	4,5	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		11	9,8	9,8	9,8
	employee	13	11,6	11,6	21,4
	selfemployed	76	67,9	67,9	89,3
	statutory	12	10,7	10,7	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	16	14,3	14,3	14,3
	vla	63	56,3	56,3	70,5
	wal	33	29,5	29,5	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 1 libellé
- ⊕ Complexité 3 libellés
- ⊕ Risque 0 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la rhumatologie.

3.1.2.26. Médecine physique

1. Experts

GBS	G. Brands
VBS	J. De Neve
RBSPRM FR	T. Lejeune
RBSPRM NL	R. Van der Looven
GEDIS/CR1ESPULB	K. Minoee
LIGKUL	K. Peers

2. Planning pour la médecine physique

Planning pour les experts de MEDECINE PHYSIQUE			
J1	L	26-févr	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 15h)
J2	M	27-févr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	28-févr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	29-févr	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	01-mars	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	02-mars	
J7	D	03-mars	
J8	L	04-mars	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	05-mars	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	06-mars	
J11	J	07-mars	
J12	V	08-mars	
J13	S	09-mars	
J14	D	10-mars	
J15	L	11-mars	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 15h30)
J16	M	12-mars	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	31-mars	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	05-avr	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)
J15	L	15-avr	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 15h15 à 16h45)
J16	M	16-avr	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	12-mai	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	17-mai	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 23 ATMC + 10 séances de rééducation

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 3 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 3 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 7 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 17 avril 2024.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 23 avril 2024 : 528 dont NL XXX et FR XXX¹⁹

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

¹⁹ XXX : données non communiquées par l'INAMI

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 17 mai 2024.

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	528
⊕ Nb de répondants	116
⊕ Pourcentage	21,97 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	6	5,2	5,2	5,2
	plus10	87	75,0	75,0	80,2
	plus5	23	19,8	19,8	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	50	43,1	43,1	43,1
	M	66	56,9	56,9	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	14	12,1	12,1	12,1
	1	102	87,9	87,9	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		14	12,1	12,1	12,1
	academic	19	16,4	16,4	28,4
	private	33	28,4	28,4	56,9
	public	50	43,1	43,1	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		14	12,1	12,1	12,1
	10	33	28,4	28,4	40,5
	2	1	0,9	0,9	41,4
	3	2	1,7	1,7	43,1
	4	1	0,9	0,9	44,0
	5	9	7,8	7,8	51,7

	6	7	6,0	6,0	57,8
	7	4	3,4	3,4	61,2
	8	30	25,9	25,9	87,1
	9	15	12,9	12,9	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		14	12,1	12,1	12,1
	employee	12	10,3	10,3	22,4
	selfemployed	80	69,0	69,0	91,4
	statutory	10	8,6	8,6	100,0
	Total	116	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	12	10,3	10,3	10,3
	vla	66	56,9	56,9	67,2
	wal	38	32,8	32,8	100,0
	Total	116	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 4 libellés
- ⊕ Complexité 5 libellés
- ⊕ Risque 1 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la médecine physique.

⊕ Nb envois 302
 ⊕ Nb de répondants 163
 ⊕ Pourcentage 53,97 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	10	6,1	6,1	6,1
	plus10	128	78,5	78,5	84,7
	plus5	25	15,3	15,3	100,0
	Total	163	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	86	52,8	52,8	52,8
	M	77	47,2	47,2	100,0
	Total	163	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	163	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	24	14,7	14,7	14,7
	private	79	48,5	48,5	63,2
	public	60	36,8	36,8	100,0
	Total	163	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	76	46,6	46,6	46,6
	2	1	0,6	0,6	47,2
	3	1	0,6	0,6	47,9
	4	1	0,6	0,6	48,5
	5	1	0,6	0,6	49,1
	6	9	5,5	5,5	54,6
	7	7	4,3	4,3	58,9
	8	38	23,3	23,3	82,2
	9	29	17,8	17,8	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	18	11,0	11,0	11,0
	selfemployed	139	85,3	85,3	96,3
	statutory	6	3,7	3,7	100,0
	Total	163	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	21	12,9	12,9	12,9
	vla	90	55,2	55,2	68,1
	wal	52	31,9	31,9	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 14 libellés
- ⊕ Risque 5 libellés

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la néphrologie.

7. Commentaire

Les experts ont tenu à préciser qu'ils ont accepté de participer au travail d'estimation durée, complexité, risque à titre de simple exercice *étant entendu que les résultats de cet exercice ne seraient pas intégrés dans des échelles de valeurs relatives.*

Les experts et les nombreux commentaires accompagnant les réponses aux questionnaires électroniques vont tous dans le même sens : *le système de scores basés sur les estimations "durée, complexité, risque" ainsi que les échelles de valeurs relatives qui en découleraient ne seraient pas adaptés aux spécificités de la dialyse chronique.*

⊕ Nb envois 1.643
 ⊕ Nb de répondants 224
 ⊕ Pourcentage 13,63 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	8	3,6	3,6	3,6
	plus10	159	71,0	71,0	74,6
	plus5	57	25,4	25,4	100,0
	Total	224	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	160	71,4	71,4	71,4
	M	64	28,6	28,6	100,0
	Total	224	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	17	7,6	7,6	7,6
	1	207	92,4	92,4	100,0
	Total	224	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		14	6,3	6,3	6,3
	academic	74	33,0	33,0	39,3
	private	47	21,0	21,0	60,3
	public	89	39,7	39,7	100,0
	Total	224	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		14	6,3	6,3	6,3
	1	2	0,9	0,9	7,1
	10	65	29,0	29,0	36,2
	2	2	0,9	0,9	37,1
	3	3	1,3	1,3	38,4
	4	8	3,6	3,6	42,0
	5	11	4,9	4,9	46,9
	6	16	7,1	7,1	54,0

	7	20	8,9	8,9	62,9
	8	59	26,3	26,3	89,3
	9	24	10,7	10,7	100,0
	Total	224	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		15	6,7	6,7	6,7
	employee	55	24,6	24,6	31,3
	selfemployed	138	61,6	61,6	92,9
	statutory	16	7,1	7,1	100,0
	Total	224	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	42	18,8	18,8	18,8
	vla	123	54,9	54,9	73,7
	wal	59	26,3	26,3	100,0
	Total	224	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 12 libellés
- ⊕ Complexité 2 libellés
- ⊕ Risque 0 libellé

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la pédiatrie (uniquement pour les prestations spécifiques à la pédiatrie).

7. Commentaire

Des scores ont été calculés à partir des paramètres issus des questionnaires électroniques. Ces scores ont fait l'objet d'une analyse présentée au § 4.4.3. Sur base de cette analyse, des propositions de modificateurs pourront être formulées par l'INAMI.

⊕ Nb envois 41
 ⊕ Nb de répondants 9
 ⊕ Pourcentage 21,95 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	1	11,1	11,1	11,1
	plus10	5	55,6	55,6	66,7
	plus5	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	4	44,4	44,4	44,4
	M	5	55,6	55,6	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	9	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	3	33,3	33,3	33,3
	private	3	33,3	33,3	66,7
	public	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	6	66,7	66,7	66,7
	8	3	33,3	33,3	100,0
	Total	9	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	2	22,2	22,2	22,2
	selfemployed	6	66,7	66,7	88,9
	statutory	1	11,1	11,1	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	2	22,2	22,2	22,2
	vla	1	11,1	11,1	33,3
	wal	6	66,7	66,7	100,0
	Total	9	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 0 libellé
- ⊕ Complexité 16 libellés
- ⊕ Risque 9 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la chirurgie pédiatrique (uniquement pour les prestations spécifiques à la chirurgie pédiatrique).

7. Commentaire

Des scores ont été calculés à partir des paramètres issus des questionnaires électroniques. Ces scores ont fait l'objet d'une analyse présentée au § 4.4.3. Sur base de cette analyse, des propositions de modificateurs pourront être formulées par l'INAMI.

3.1.2.30. Anesthésiologie

1. Experts

GBS	G. Bejjani
VBS	S. Carlier
BeSARPP FR	L. Sermeus
BeSARPP NL	D. Vanhonacker
GEDIS/CR1ESPULB	T. Tuna
LIGKUL	M. Vandeveld

2. Planning pour l'anesthésiologie

Planning pour les experts d'anesthésiologie			
J1	M	28-mai	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	29-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	J	30-mai	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	V	31-mai	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J5	S	01-juin	
J6	D	02-juin	
J7	L	03-juin	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J8	M	04-juin	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	05-juin	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J10 à minuit
J10	J	06-juin	
J11	V	07-juin	
J12	S	08-juin	
J13	D	09-juin	
J14	L	10-juin	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J15	M	11-juin	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J29	M	25-juin	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J30 à minuit
J32	V	28-juin	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 15h30 à 17h30)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 53

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 7 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 10 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 12 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 12 juin 2024.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 15 juin 2024 : 2.225 dont NL XXX et FR XXX²³

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 28 juin 2024.

(a) Descriptif des participants

²³ XXX : données non communiquées par l'INAMI

⊕ Nb envois 2.225
 ⊕ Nb de répondants 569
 ⊕ Pourcentage 25,57 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	38	6,7	6,7	6,7
	plus10	406	71,4	71,4	78,0
	plus5	125	22,0	22,0	100,0
	Total	569	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	211	37,1	37,1	37,1
	M	358	62,9	62,9	100,0
	Total	569	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	4	0,7	0,7	0,7
	1	565	99,3	99,3	100,0
	Total	569	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		4	0,7	0,7	0,7
	academic	75	13,2	13,2	13,9
	private	193	33,9	33,9	47,8
	public	297	52,2	52,2	100,0
	Total	569	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		4	0,7	0,7	0,7
	1	1	0,2	0,2	0,9
	10	319	56,1	56,1	56,9
	2	4	0,7	0,7	57,6
	3	3	0,5	0,5	58,2
	4	3	0,5	0,5	58,7
	5	6	1,1	1,1	59,8

	6	19	3,3	3,3	63,1
	7	12	2,1	2,1	65,2
	8	149	26,2	26,2	91,4
	9	49	8,6	8,6	100,0
	Total	569	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		4	0,7	0,7	0,7
	employee	47	8,3	8,3	9,0
	selfemployed	496	87,2	87,2	96,1
	statutory	22	3,9	3,9	100,0
	Total	569	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	58	10,2	10,2	10,2
	vla	324	56,9	56,9	67,1
	wal	187	32,9	32,9	100,0
	Total	569	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 4 libellés
- ⊕ Risque 6 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour l'anesthésiologie (limitée aux prestations étudiées).

3.1.2.31. Médecine aigue / soins intensifs

1. Experts

GBS	P. Biston
VBS	J. Dubois
SIZ FR	J. Pinto Pereira
SIZ NL	P. Jorens
GEDIS/CR1ESPULB	A. Herpain
LIGKUL	C. Ingels

2. Planning

Planning pour les experts de RÉANIMATION			
J1	L	02-sept	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 16h)
J2	M	03-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	04-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	05-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	06-sept	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	07-sept	
J7	D	08-sept	
J8	L	09-sept	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	10-sept	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	11-sept	
J11	J	12-sept	
J12	V	13-sept	
J13	S	14-sept	
J14	D	15-sept	
J15	L	16-sept	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	17-sept	Remise de la liste des estimations
			<i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	06-oct	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	11-oct	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 18

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 12 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 7 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 7 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 19 septembre 2024
- ⊕ Questionnaires envoyés le 21 septembre 2024 : 400 dont NL XXX et FR XXX²⁴

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 11 octobre 2024.

²⁴ XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	400
⊕ Nb de répondants	103
⊕ Pourcentage	25,75 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	9	8,7	8,7	8,7
	plus10	75	72,8	72,8	81,6
	plus5	19	18,4	18,4	100,0
	Total	103	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	26	25,2	25,2	25,2
	M	77	74,8	74,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	1	1,0	1,0	1,0
	1	102	99,0	99,0	100,0
	Total	103	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,0	1,0	1,0
	academic	35	34,0	34,0	35,0
	private	29	28,2	28,2	63,1
	public	38	36,9	36,9	100,0
	Total	103	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,0	1,0	1,0
	1	1	1,0	1,0	1,9

	10	65	63,1	63,1	65,0
	6	2	1,9	1,9	67,0
	7	2	1,9	1,9	68,9
	8	20	19,4	19,4	88,3
	9	12	11,7	11,7	100,0
	Total	103	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,0	1,0	1,0
	employee	27	26,2	26,2	27,2
	selfemployed	69	67,0	67,0	94,2
	statutory	6	5,8	5,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	17	16,5	16,5	16,5
	vla	44	42,7	42,7	59,2
	wal	42	40,8	40,8	100,0
	Total	103	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 2 libellés
- ⊕ Complexité 1 libellé
- ⊕ Risque 2 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour les soins intensifs.

7. Commentaire

Cinq actes ont été subdivisés en une partie ATMC (installation de...) traitée dans le cadre de la phase 2.1.A et en une partie ACA (surveillance de...) traitée par le groupe ad hoc de la CNMM.

N° LIGNEV2	AmbuID	HospID	Libellé NPSV0 FR
REA_001	211013	211024	Installation et surveillance de la respiration artificielle contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose, y compris la capnométrie : Le premier jour
REA_003	590413	590424	Installation et surveillance de respiration contrôlée, sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de fonction cardiaque à l'aide d'un appareil de monitoring qui suit de façon permanente au minimum l'électrocardiogramme, lors du transport urgent avec accompagnement médical d'un patient dans une ambulance
REA_004	355095	355106	Installation et surveillance d'une oxygénothérapie en caisson hyperbare (quel que soit le nombre de séances) : le premier jour
REA_005	0	211120	Installation et surveillance de l'hypothermie avec abaissement de la température centrale en dessous de 34 degrés Celsius et en dehors des interventions chirurgicales sous hypothermie : Le premier jour
REA_006	0	211540	Installation et surveillance de l'administration de monoxyde d'azote inhalé pour le traitement de l'hypertension pulmonaire, y compris le monitoring de NO et NOx dans l'air inspiré ou expiré, chez un patient qui subit une ventilation invasive ou non invasive : Le premier jour

N° LIGNEV2	AmbuID	HospID	Libellé NPSV1 FR après SECM/CTM
REA_001	211013	211024	Installation de la respiration contrôlée ou assistée continue, sous intubation trachéale ou trachéotomie en dehors de la narcose
REA_003	590413	590424	installation de respiration contrôlée, sous intubation endotrachéale ou trachéotomie, lors du transport urgent avec accompagnement médical d'un patient dans une ambulance
REA_004	355095	355106	Traitement par oxygénothérapie en caisson hyperbare
REA_005	0	211120	installation de l'hypothermie avec abaissement de la température centrale en dessous de 34 degrés Celsius et en dehors des interventions chirurgicales sous hypothermie
REA_006	0	211540	administration de monoxyde d'azote pour le traitement de l'hypertension pulmonaire chez un patient qui subit une ventilation invasive ou non invasive

3.1.2.32. Hématologie

1. Experts

GBS	V. Robin
VBS	D. Deeren
BHS FR	M. André
BHS NL	L. Rutsaert
GEDIS/CR1ESPULB	X. Poiré
LIGKUL	P. Vandenberghe

2. Planning

Planning pour les experts d'HEMATOLOGIE			
J1	L	09-sept	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 14h à 15h)
J2	M	10-sept	période pour remplir le paramétrage
J3	M	11-sept	période pour remplir le paramétrage
J4	J	12-sept	période pour remplir le paramétrage
J5	V	13-sept	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	14-sept	
J7	D	15-sept	
J8	L	16-sept	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	17-sept	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	18-sept	
J11	J	19-sept	
J12	V	20-sept	
J13	S	21-sept	
J14	D	22-sept	
J15	L	23-sept	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 15h30)
J16	M	24-sept	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
J35	D	13-oct	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	18-oct	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 10

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatif "durée" : 3 libellés
- ⊕ Ecart significatif "complexité" : 7 libellés
- ⊕ Ecart significatif "risque" : 6 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 24 septembre 2024
- ⊕ Questionnaires envoyés le 28 septembre 2024 : 233 dont NL XXX et FR XXX²⁵

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 18 octobre 2024.

²⁵ XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	233
⊕ Nb de répondants	61
⊕ Pourcentage	26,18 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	6	9,8	9,8	9,8
	plus10	41	67,2	67,2	77,0
	plus5	14	23,0	23,0	100,0
	Total	61	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	32	52,5	52,5	52,5
	M	29	47,5	47,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	1	1,6	1,6	1,6
	1	60	98,4	98,4	100,0
	Total	61	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,6	1,6	1,6
	academic	28	45,9	45,9	47,5
	private	10	16,4	16,4	63,9
	public	22	36,1	36,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,6	1,6	1,6
	10	23	37,7	37,7	39,3

	3	1	1,6	1,6	41,0
	5	3	4,9	4,9	45,9
	6	1	1,6	1,6	47,5
	7	2	3,3	3,3	50,8
	8	20	32,8	32,8	83,6
	9	10	16,4	16,4	100,0
	Total	61	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		1	1,6	1,6	1,6
	employee	18	29,5	29,5	31,1
	selfemployed	35	57,4	57,4	88,5
	statutory	7	11,5	11,5	100,0
	Total	61	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	10	16,4	16,4	16,4
	vla	29	47,5	47,5	63,9
	wal	22	36,1	36,1	100,0
	Total	61	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 3 libellés
- ⊕ Complexité 1 libellé
- ⊕ Risque 0 libellé

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour l'hématologie.

7. Commentaire

Seuls une dizaine d'actes d'hématologie clinique ont été paramétrés et intégrés aux EVR intra ou inter disciplinaires.

Les actes concernant les cellules souches hématopoïétiques présentent des composantes cliniques (la collecte, les greffes, les coordinations de transplantation) mais également biologique (contrôle de qualité, congélation, conservation). En raison de ces spécificités discutées entre des experts et l'équipe universitaire CR1ESPULB/GEDIS, ces actes sont difficilement paramétrables selon la technique généralement appliquée aux ATMC. En outre, ces

actes sont essentiellement, sinon exclusivement réservés à un nombre très limité de centres de référence. En accord avec le Comité de pilotage, ces actes feront l'objet d'un système de financement spécifique (convention ?) et seront donc traités en dehors de la phase 2.1.A. La liste de ces actes (NPS V0) est fournie ci-dessous.

N° LIGNE V2	Validé par	Econodat	AmbuID	HospID	Libellé NSS V0
HEMA_006	hématologue	211912	470514	470525	Collecte, contrôle de qualité, congélation et conservation de cellules souches hématopoïétiques autologues du sang périphérique
HEMA_007	hématologue	211914	470551	470562	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques du sang périphérique
HEMA_008	hématologue	211915	470573	470584	Collecte orientée vers un receveur spécifique , contrôle de qualité, congélation et conservation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques du sang de cordon ombilical , en dehors de la constitution d'une banque de sang de cordon ombilical
HEMA_009	hématologue	211916	470595	470606	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation d'un concentré de lymphocytes allogéniques
HEMA_010	hématologue	211913	470536	470540	Collecte, contrôle de qualité, congélation éventuelle et conservation de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques de la moelle osseuse
HEMA_011	hématologue	211917	470610	470621	Sélection positive par l'antigène CD34 d'un concentré de cellules souches hématopoïétiques allogéniques à l'exclusion des autogreffes
HEMA_012	hématologue	211918	470632	470643	Greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques après myéloablation
HEMA_013	hématologue	211919	470654	470665	Greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques
HEMA_014	hématologue	211920	0	470680	Coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques dans le cas d'un donneur apparenté
HEMA_015	hématologue	213232	0	470864	Coordination de la transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques dans le cas d'un donneur non apparenté
HEMA_016	hématologue	211921	470691	470702	Préparation d'un donneur sain au prélèvement de cellules souches allogéniques ou de lymphocytes allogéniques
HEMA_017	hématologue	211922	470713	470724	Préparation d'un patient à la greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues ou allogéniques

3.1.2.33. Néonatalogie

1. Experts

GBN	P. Maton
GBN	V. Rigo
VBN	G. Naulaers
VBN	L. Cornette
GEDIS/CR1ESPULB	A. Vuckovic
LIGKUL	A. Debeer

2. Planning

Planning pour les experts de NÉONATOLOGIE			
J1	L	16-sept	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 10h à 12h)
J2	M	17-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	18-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	19-sept	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	20-sept	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	21-sept	
J7	D	22-sept	
J8	L	23-sept	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	24-sept	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	25-sept	
J11	J	26-sept	
J12	V	27-sept	
J13	S	28-sept	
J14	D	29-sept	
J15	L	30-sept	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 17h)
J16	M	01-oct	Remise de la liste des estimations
			<i>période pour remplir les estimations</i>
J35	D	20-oct	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	25-oct	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 92

4. Réunion pour l'analyse des écarts entre les estimations des experts

- ⊕ Ecart significatifs "durée" : 48 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "complexité" : 52 libellés
- ⊕ Ecart significatifs "risque" : 54 libellés

5. Synthèse du nombre de QE envoyés

- ⊕ Questionnaires transmis par GEDIS/CR1ESPULB à l'INAMI pour diffusion le 03 octobre 2024.
- ⊕ Questionnaires envoyés le 08 octobre 2024 : 152 dont NL XXX et FR XXX²⁶

6. Réunion pour l'analyse des réponses obtenues suite à l'envoi des QE

La réunion de consensus consacrée à l'analyse des QE a eu lieu le 25 octobre 2024.

²⁶ XXX : données non communiquées par l'INAMI

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	152
⊕ Nb de répondants	44
⊕ Pourcentage	28,95 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	2	4,5	4,5	4,5
	plus10	26	59,1	59,1	63,6
	plus5	16	36,4	36,4	100,0
	Total	44	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	30	68,2	68,2	68,2
	M	14	31,8	31,8	100,0
	Total	44	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	44	100,0	100,0	100,0
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	academic	16	36,4	36,4	36,4
	private	14	31,8	31,8	68,2
	public	14	31,8	31,8	100,0
	Total	44	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	10	18	40,9	40,9	40,9
	6	2	4,5	4,5	45,5
	7	1	2,3	2,3	47,7
	8	15	34,1	34,1	81,8
	9	8	18,2	18,2	100,0
	Total	44	100,0	100,0	
status					

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	employee	14	31,8	31,8	31,8
	selfemployed	26	59,1	59,1	90,9
	statutory	4	9,1	9,1	100,0
	Total	44	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	12	27,3	27,3	27,3
	vla	19	43,2	43,2	70,5
	wal	13	29,5	29,5	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

(b) Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 5 libellés
- ⊕ Complexité 13 libellés
- ⊕ Risque 6 libellés

(c) Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la néonatalogie (uniquement pour les prestations spécifiques à la chirurgie néonatalogie).

7. Commentaire

La liste des actes soumise au paramétrage des néonatalogues résulte d'une intégration de sélections effectuées par le Dr Legrand (INAMI), de scission d'actes de réanimation comportant une partie installation d'une technique (ATMC) et surveillance des paramètres (actes transférés au groupe ACA) ainsi que d'un relevé statistique effectué par l'équipe CR1ESPULB/GEDIS à partir de l'activité des unités de néonatalogie intensive des hôpitaux participant au projet PACHA²⁷.

Des scores ont été calculés à partir des paramètres issus des questionnaires électroniques. Ces scores ont fait l'objet d'une analyse présentée au § 4.4.3. Sur base de cette analyse, des propositions de modificateurs pourront être formulées par l'INAMI.

²⁷ PACHA : application de calcul de coût par séjour et par pathologie des hôpitaux associés. Cette application est gérée conjointement par le CR1ESPULB et GEDIS

3.1.2.34. Médecine interne

1. Experts

GBS	L. Pothen
VBS	J. Pen
BSIM FR	G. Wieërs
BSIM NL	S. Callens
GEDIS/CR1ESPULB	F. Vandergheynst
LIGKUL	S. Vanderschueren

2. Planning

Planning pour les experts de MEDECINE INTERNE			
J1	L	23-sept	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 10h à 12h)
J2	M	24-sept	période pour remplir le paramétrage
J3	M	25-sept	période pour remplir le paramétrage
J4	J	26-sept	période pour remplir le paramétrage
J5	V	27-sept	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	28-sept	
J7	D	29-sept	
J8	L	30-sept	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	01-oct	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	02-oct	
J11	J	03-oct	
J12	V	04-oct	
J13	S	05-oct	
J14	D	06-oct	
J15	L	07-oct	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 16h)
J16	M	08-oct	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
J35	D	27-oct	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J43	L	04-nov	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 21

4. Commentaire

La liste soumise aux internistes a été établie selon le principe approuvé par le Comité de pilotage (règle des 20%).

Le Dr S. Vanderschueren a rendu une liste paramétrée.

Le Dr J. Pen a également rendu une liste partiellement complétée en expliquant ce qui suit "As my colleagues of the group internal medicine already discussed , it was not easy for me to fill in the excel file. There are some techniques that I never had done ; in this cases I do not fill in the items . The other items were scored".

Le Dr S. Callens a également expliqué pourquoi il n'a pas remis la liste paramétrée : "Na zorgvuldige overweging heb ik besloten deze lijst niet in te vullen. De reden hiervoor is dat deze lijst primair gericht lijkt op intensivisten, hematologen en nefrologen. Ik vermoed dat deze specialisten de lijst reeds hebben ingevuld. Bovendien worden de genoemde handelingen doorgaans niet uitgevoerd door artsen met het specialisme nummer 580. Ik zou graag tijdens een bijeenkomst meer toelichting geven op mijn besluit. Het lijkt mij namelijk een belangrijke kwestie die onze algemene specialiteit raakt. Al geruime tijd staat ons

vakgebied onder druk door de toenemende subspecialisatie binnen de geneeskunde. Een kernpunt van de gestage ondergang van de algemeen internist is de onderwaardering van de intellectuele handeling ten nadele van de technische actes, terwijl de realiteit op het terrein leert dat er noodzaak is aan de brede klinische blik die onze specialiteit biedt.

Wel wil ik benadrukken dat het van groot belang is dat we toegang behouden tot handelingen zoals echografie, ECG, endoscopie, inspanningstesten, longfunctieonderzoek en dergelijke. Deze worden immers vaak in de algemene praktijk uitgevoerd. Ik wil benadrukken dat mijn besluit niet voortkomt uit onwil. Het weerspiegelt eerder mijn overtuiging dat de lijst de realiteit in het werkveld niet accuraat representeert. Tegelijkertijd ben ik er vrij zeker van dat de genoemde handelingen al gewaardeerd zullen zijn door andere subspecialisten”.

Le Dr L. POTHEN a également fait parvenir un message suivant : *”comme demandé, voici le document excel d’évaluation des actes techniques en médecine interne.*

Vous constaterez qu’il est vide, à l’exception de la consultation en médecine interne, et ce pour les raisons suivantes : (i) mon inexpertise pour l’évaluation des actes listés, qui ne correspondent pas à ma pratique de 580. Après contact avec Mr Legrand, il s’avère qu’ont été intégrés des actes réalisés par des 058 (maccs en tronc commun qui font de tout), mais également des 583, 591, etc. (ii) pour remplir ce fichier, j’aurai dû solliciter au moins 5 collègues de spécialités différentes (iii) par ailleurs, cette évaluation sera ou a déjà été réalisée par d’autres collègues dont c’est précisément le domaine d’expertise. Je vous partage également ma préoccupation quant à la suite du processus d’évaluation, et l’envoi du questionnaire aux 580 du pays. Si l’échantillonnage ne représente pas la bonne population, quelles données valables obtenir de la population réelle ? et par ailleurs si le même procédé s’applique à la partie honoraires intellectuels, le même problème va se reproduire. Je reste volontaire pour continuer à participer aux réunions de cette mission d’expertise, pourquoi pas avec une liste d’actes issue des tarifications uniquement 580. Je serai présente lundi à l’INAMI pour la réunion.”

→ Sur base de ce qui précède, une visio conférence a remplacé la réunion traditionnelle J15. Les équipes universitaires et le Dr Legrand ont remercié les experts pour leurs commentaires et ont fait part de leurs conclusions (voir, ci-dessous, le message communiqué aux experts par P. Leclercq le mercredi 2 octobre 2024 09:43)

Chers Collègues,

Notre préoccupation avait été de ne pas donner l’impression aux internistes que nous les excluons des travaux en cours dans la réforme des actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC). Si l’intention était louable, ce n’était manifestement pas une très bonne idée à partir du moment où nous nous étions déjà adressés aux internistes « spécialisés » comme les néphrologues, les hématologues cliniciens ou les intensivistes. Ce qui reste comme actes techniques que vous réalisez à plus de 20% de la production nationale ne justifie pas que l’on se lance dans un processus de questionnaires électroniques largement diffusé comme c’est le cas pour les autres spécialités. Un problème de la médecine interne semble être d’avoir accès à la réalisation d’actes techniques actuellement réservés à d’autres spécialités. Il s’agit d’un problème important mais qui n’est pas dans les attributions du groupe « ATMC ». Sur ce sujet, il faut s’adresser au Conseil Technique Médical en justifiant vos propositions (en se servant, par exemple, du modèle de formulaire que je vous ai transmis). Ce qui est également important pour la médecine interne, c’est évidemment la mise au point des cas compliqués (consultations ou mises au point via une hospitalisation) et le suivi thérapeutique de ces patients. Il nous semble donc nécessaire que vous ayez l’occasion de vous faire entendre dans le cadre des travaux du groupe « ACA » c’est-à-dire le groupe qui est précisément chargé de ces prestations. Dans cette optique, nous prenons contact avec nos collègues de ce groupe pour qu’ils vous invitent à exposer la spécificité du travail des internistes (comme ce devrait également être le cas pour les infectiologues, les endocrinologues, les oncologues, les gériatres...).

////////////////////////////////////

Onze zorg was om internisten niet de indruk te geven dat we hen buitensloten van de lopende werkzaamheden aan de hervorming van medische en chirurgische prestaties (ATMC). Hoewel dit een prijzenswaardig voornemen was, was het duidelijk geen goed idee aangezien we ons al hadden gericht op “gespecialiseerde” internisten zoals nefrologen, klinische hematologen en intensivisten. Het feit dat de technische procedures die u uitvoert goed zijn voor meer dan 20% van de nationale output, rechtvaardigt niet dat we beginnen aan een proces van wijdverspreide elektronische vragenlijsten, zoals het geval is voor andere specialismen. Een van de problemen van de interne geneeskunde lijkt te zijn om toegang te krijgen

tot technische procedures die momenteel zijn voorbehouden aan andere specialismen. Dit is een belangrijke kwestie, maar een die niet binnen de opdracht van de ATMC-groep valt. U zou zich hierover moeten richten tot de Medisch Technische Raad en uw voorstellen moeten motiveren (bijvoorbeeld aan de hand van het modelformulier dat ik u heb toegestuurd). Wat ook belangrijk is voor de interne geneeskunde, is uiteraard het beheer van gecompliceerde gevallen (raadplegingen of beheer via ziekenhuisopname) en de therapeutische follow-up van deze patiënten. Daarom vinden wij dat u de mogelijkheid moet hebben om uw stem te laten horen in het kader van de werkzaamheden van de groep "ACA", d.w.z. de groep die specifiek verantwoordelijk is voor deze diensten. Met dit in gedachten nemen wij contact op met onze collega's in deze groep zodat zij u kunnen uitnodigen om de specifieke aard van het werk van internisten uit te leggen (zoals ook het geval zou moeten zijn voor infectiologen, endocrinologen, oncologen, geriateren, enz.)

3.1.2.35. Médecine générale

1. Experts

GBO	P. Drielsma
ASGB	M. Creemers
ABSYM	L. Herry
BVAS	J. Vanhoof
SSMG	E. Brunel
DOMUS MEDICA	G. Penninckx

2. Planning

Planning pour les experts de MÉDECINE GÉNÉRALE			
J1	L	30-sept	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 10h à 12h)
J2	M	01-oct	période pour remplir le paramétrage
J3	M	02-oct	période pour remplir le paramétrage
J4	J	03-oct	période pour remplir le paramétrage
J5	V	04-oct	période pour remplir le paramétrage.
J6	S	05-oct	
J7	D	06-oct	
J8	L	07-oct	période pour remplir le paramétrage.
J9	M	08-oct	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	09-oct	
J11	J	10-oct	
J12	V	11-oct	
J13	S	12-oct	
J14	D	13-oct	
J15	L	14-oct	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 14h à 16h)
J16	M	15-oct	Remise de la liste des estimations période pour remplir les estimations
J35	D	03-nov	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J35 à minuit
J40	V	08-nov	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 16h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 26

4. Commentaires

a) Les équipes universitaires et le Dr Legrand souhaitent donner aux médecins généralistes la même opportunité que celle offerte aux différentes spécialités de paramétrer les ATMC que ces médecins généralistes effectuent fréquemment. Une sélection des actes a été réalisée selon la règle des 20% approuvée par le Comité de pilotage.

b) La composition du groupe d'experts a dû être adaptée à la spécificité de la médecine générale : les experts ont été désignés par les organisations syndicales (sauf pour la SSMG)

c) Lors de la réunion d'introduction J1, des explications détaillées ont été fournies pour expliquer les modalités selon laquelle la liste à paramétrer a été composée.

Ambu	Hosp	Libellé	DISCIPLINE	Q TOT	Q	%
3 exemples de prestations réalisées à < de 20% par les MG. Ces prestations ne sont pas sur la liste à paramétrer mais les MG auront accès au libellé (dans sa nouvelle formulation)						
144594	144605	Tamponnement nasal pour épistaxis	MED GENE	7.816	1.050	13%
	NPS V1	Tamponnement nasal antérieur	ORL			
113212	113223	Incision de la glande de Bartholin pour drainage	MED GENE	687	31	5%
	NPS V1	Evacuation de collection de la glande de Bartholin ou d'un kyste du vagin	GYN			
149096	149100	Saignée effectuée dans un but thérapeutique	MED GENE	49.641	7.312	15%
	NPS V1	Saignée t thérapeutique	HEMATO etc			

Ambu	Hosp	Formulering	SPECIALITEIT	TOT Q	Q	%
3 voorbeelden van prestaties die aan < 20% worden uitgevoerd door AG. Deze prestaties staan niet op de lijst die moet worden geparametreerd, maar AG zullen toegang hebben tot de formulering (in zijn nieuwe vorm)						
144594	144605	* Opstoppen van neus wegens epistaxis	ALG GEN	7.816	1.050	13%
	NPS V1	opstoppen van neus vooraan, per orifice	NKO			
113212	113223	Insnijden van klier van Bartholin voor drainage	ALG GEN	687	31	5%
	NPS V1	evacuatie van een collectie in de klier van Bartholin of in een vaginale cyste	GYN			
149096	149100	* Aderlating met therapeutisch doeleinde	ALG GEN	49.641	7.312	15%
	NPS V1	Therapeutisch aderlating	HEMATO etc			

3 exemples de prestations réalisées à > de 20% par les MG. Ces prestations sont sur la liste à paramétrer. Les MG auront accès au libellé (dans sa nouvelle formulation)						
112276	112280	Incision d'abcès de l'anus	MED GENE	556	147	26%
	NPS V1	évacuation d'un abcès du périnée	GYN_157	408	84	21%
113094	113105	Excision de végétations dermiques, par cure	MED GENE	2.412	1.303	54%
	NPS V1	exérèse d'une lésion de la peau et/ou des muqueuses, sans suture	DERMATO_014			
	NPS V1	destruction d'une ou plusieurs lésions de la peau ou des muqueuses	DERMATO_014.1			
144513	144524	Incision d'abcès lingual	MED GENE	30	10	33%
	NPS V1	évacuation d'un abcès de la langue ou du plancher de la bouche	STOM_021	45	22	49%

3 voorbeelden van prestaties die door AG worden uitgevoerd > 20%. Deze prestaties staan op de lijst die moet worden geparametreerd. AG zullen toegang hebben tot de formulering (in zijn nieuwe vorm)

112276	112280	Insnijden van aarsabces	ALG GEN	556	147	26%
	NPS V1	evacuatie van een perineumabces	GYN_157	408	84	21%
113094	113105	Uitsnijden van dermale vegetaties, volledige behandeling	ALG GEN	2.412	1.303	54%
	NPS V1	excisie van een letsel van de huid en/of de mucosa, zonder hechten	DERMATO_014			
	NPS V1	destructie van een of meer letsels van de huid of de mucosa	DERMATO_014.1			
144513	144524	Insnijding van tongabces	ALG GEN	30	10	33%
	NPS V1	evacuatie van één tongabces of van abces van mondbodem	STOM_021	45	22	49%

2 exemples de suppression technique (pas de paramétrisation car < 20%) mais le MG auront accès au libellé (dans sa nouvelle formulation)

466012	466023	Radiographie d'un ou plusieurs doigt(s) avec visualisation des phalanges et des extrémités distales des métacarpiens, minimum 2 clichés, par main	MED GENE	6.408	2.133	33%
	NPS V1	Radiographie d'un ou plusieurs doigt(s)	IMA			
423010	423021	Accouchement normal ou dystocique y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie	MED GENE	210	140	67%
	NPS V1	accouchement céphalique unique par voie vaginale, chez une primipare				
	NPS V1	accouchement céphalique unique par voie vaginale, chez une multipare				
	NPS V1	accouchement unique par le siège par voie vaginale, chez une primipare				
	NPS V1	accouchement unique par le siège par voie vaginale, chez une multipare				
	NPS V1	accouchement multiple par voie vaginale, chez une primipare				
	NPS V1	accouchement multiple par voie vaginale, chez une multipare				

2 voorbeelden van technische schrapping (geen parametrisering omdat < 20%) maar de AG heeft toegang tot de formulering (in de nieuwe vorm)

466012	466023	° Radiografie van één of meer vinger(s) met visualisatie van de falangen en distale uiteinden van de metacarpaten, minimum twee clichés, per hand	ALG GEN	6.408	2.133	33%
	NPS V1	radiografie van één of meerdere vingers	BEELDVORM			
423010	423021	Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie	ALG GEN	210	140	67%
	NPS V1	eenlingbevalling in hoofdligging via vaginale weg, bij een primipara				
	NPS V1	eenlingbevalling in hoofdligging via vaginale weg, bij een multipara				
	NPS V1	eenlingbevalling in stuitligging via vaginale weg, bij een primipara				
	NPS V1	eenlingbevalling in stuitligging via vaginale weg, bij een multipara				
	NPS V1	meerlingbevalling via vaginale weg, bij een primipara				
	NPS V1	meerlingbevalling via vaginale weg, bij een multipara				

1 exemple de quasi doublon

353216	353220	* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par cure de 8 séances et davantage	MED GENE	9.343	6.541	70%
	353205	* Cryothérapie pour lésions cutanées ou muqueuses, par séance	DERMATO_011			
	NPS V1	cryothérapie d'une ou plusieurs lésions de la peau ou des muqueuses	DERMATO_011	803.569	253.010	31%

1 exemple de non ATMC (ici une règle)

590015		Supplément d'honoraires pour les prestations urgentes effectuées par le médecin généraliste avec droits acquis ou médecin généraliste agréé pendant une visite urgente le soir entre 18 heures et 21 heures : Pour les prestations dont la valeur relative est supérieure à K 25 ou N 42	MED GENE	529	529	100%
353216	353220	* Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsels, volledige behandeling van acht en meer zitting	ALG GEN	9.343	6.541	70%
	353205	* Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsels, per zitting	DERMATO_011			
	NPS V1	cryotherapie van een of meer letsels van de huid of de mucosa	DERMATO_011	803.569	253.010	31%

1 voorbeeld van een niet-MCTA (hier een regel)

590015		Bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen, uitgevoerd door de algemeen geneeskundige met verworven rechten of erkende huisarts tijdens een dringend bezoek, dat tussen 18 en 21 uur wordt afgelegd : Voor de verstrekkingen waarvan de betreffende waarde hoger is dan K 25 of N 42	ALG GEN	529	529	100%
--------	--	--	---------	-----	-----	------

d) deux notes ont été reçues :

De : Guido Penninckx

Envoyé : lundi 7 octobre 2024 11:22

À : VINCENT Mélissa

Objet : RE: Hervorming van de nomenclatuur - Lijst algemene geneeskunde

Zoals gevraagd bezorg ik u in bijlage de ingevulde Excel tabel met de waardering voor enkele mogelijke huisartsprestaties. De waardering hebben we bepaald in gezamenlijk overleg met alle deelnemende huisartsen die door u waren uitgenodigd vorige maandag.

Maar daarnaast wil ik toch meegeven dat we zeer ontgoocheld zijn in het feit dat er in het kader van de hervorming van de nomenclatuur blijkbaar een belangrijk tekort aan inzicht is in, en waardering voor de plaats van de huisartsgeneeskunde in het zorglandschap.

Hierbij enkele voorbeelden uit de waarderingstabel:

- Het nomenclatuurnummer 101032 is een nummer dat alleen gebruikt wordt door niet-geaccrediteerde artsen. Aangezien de huisraten voor > 89% geaccrediteerd zijn en dus kwaliteit belangrijk vinden hadden we toch verwacht dat we een waardering moesten geven voor het nomenclatuur nummer 101076.

- Het is ook niet echt mogelijk om een correcte waardering te geven voor een omschrijving (libelé) van een prestatie die niet bestaat: "intraarticulaire therapeutische injectie voor een verstuiking"

En ook is het moeilijk een waardering te geven voor omschrijvingen die blijkbaar ontstaan zijn in het brein van bepaalde groepen van specialisten: "destructie van een of meer letsels van de huid of de mucosa" en "destructie van een of meer letsels van de huid of de mucosa" zonder dat we enige kennis hebben van wat hiervan juist de bedoeling is.

From: Pierre Drielsma - FMM

Sent: Monday, October 21, 2024 8:32 AM

To: nomen2.0 (RIZIV-INAMI)

Subject:

Bonjour,

Mes collègues Creemers, van Hoof, Penninckx, Toelen, Brunel, Herry et moi-même nous sommes réunis en vidéo-conférence pour harmoniser les montants des petits actes techniques communs les plus souvent réalisés par les MG. Nous avons réalisé l'harmonisation lors de cette vidéo-conférence.

Mais nous avons tous regretté la sous-représentation de la Médecine générale dans le groupe de travail ACA, seul le Dr Roel van Giel participe au débat. Alors que les consultations et visites représentent plus de 80% des recettes des généralistes. En ce qui concerne les actes techniques COMMUNS (ATMC) nous pensons qu'un groupe mixte (MG MS) d'emblée aurait été préférable ; en effet cela aurait permis une harmonisation immédiate des temps d'exécution et de la complexité ainsi que des couts annexes. En conclusion la médecine générale arrive sur le champ de bataille comme les carabiniers d'Offenbach. Dans un paysage où les spécialistes ont déjà pu conforter leur vision particulière de la répartition des tâches. La base des rapports de fréquences actuels des prestations entre MG et MS correspond à un pur rapport de force CONJONCTUREL et pas du tout à une logique de subsidiarité et/ou d'échelonnement que nous prônons depuis des lustres.

Nous sommes perturbés par les libellés qui ne correspondent pas aux libellés de nomensoft. Ainsi les sutures par colle et fils sont séparées alors qu'elles avaient été fusionnées au conseil technique médical. Pourquoi les spécialistes décident ils de cela en notre absence ???

Pour la cryothérapie on a séparé à l'unité et par 8 pourquoi ? seuls les MS font 8 séances ?

L'ablation de l'ongle incarné a été splitsé, alors que les règles interprétatives prévoient au moins une cure de matrice de l'ongle du côté lésé...Pourquoi sépare-t-on l'exérèse d'une tumeur avec ou sans suture ? les MG ne savent-ils plus suturer.

Tout ceci démontre que la présence tardive des Médecins généralistes constitue un problème méthodologique.

Dans l'espoir d'une prise en compte de nos remarques sur la méthode, veuillez agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Dr Pierre DRIELSMA

e) Ces notes contiennent de nombreuses inexactitudes concernant, notamment, les libellés de la nomenclature. Elles témoignent d'une mauvaise compréhension du travail de restructuration réalisé préalablement à la phase 2.1.A. A l'aide des éléments de réponse transmis par l'équipe

CR1ESPULB/GEDIS, le Dr Legrand s'est chargé d'apporter les réponses appropriées aux questions techniques soulevées dans les notes des Drs Penninckx et Drielsma.

→ Pour éviter que le dossier « Médecine générale » se clôture dans l'ambiguïté, les équipes universitaires et le Dr Legrand ont communiqué ce qui suit le lundi 14 octobre 2024 16:30

À : Pierre Drielsma; Michel Creemers ; Luc Herry ; Jos Vanhoof ; Elodie Brunel ; Guido Penninckx

Chers Confrères,

Comme pour toutes les disciplines médicales, un groupe de 6 experts a été proposé par vos différentes associations représentatives. Ce groupe a été réuni par visio-conférence le lundi 30 septembre. A cette occasion, nous vous avons présenté la méthodologie suivie pour créer une échelle de valeurs relatives de l'intensité du travail médical (EVR HP) pour les actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC). Nous vous avons expliqué comment avaient été sélectionnés les prestations qui vous seraient soumises pour paramétrage (D, C, R). Comme la feuille de mission le précisait, nous vous demandions d'indiquer vos estimations personnelles. Nous avons également entendu vos questions et réflexions. L'étape suivante était une réunion à l'INAMI pour discuter les différences d'estimations entre les experts et pour aboutir à un consensus.

Le 7 octobre, nous avons reçu la liste paramétrée du Dr Vanhoof ainsi qu'une liste transmise par le Dr Penninckx accompagnée par une note expliquant que cette liste était le résultat d'une concertation entre les 6 experts. Nous avons donc annulé la réunion prévue à l'INAMI le 14 octobre puisque celle-ci n'avait plus de raison d'être.

Il ne semble pas nécessaire de s'engager dans un processus de questionnaire électronique à envoyer à plusieurs centaines de médecins généralistes afin de confirmer vos estimations. On peut considérer que votre unanimité préjuge du résultat que l'on obtiendrait en s'adressant à l'ensemble des médecins généralistes.

Nous avons également veillé à informer le groupe ACA qui s'occupe notamment de la réforme de la nomenclature des consultations et actes assimilés (permanence, disponibilité, téléconsultations, etc.) que vous souhaitiez être entendu par ce groupe. Nous avons communiqué vos noms au président Jo De Cock. Bien cordialement.

Prof. M. Pirson & Prof. P. Leclercq (ULB), Prof. Kips & Prof. W. Tambreur (KUL), Dr J. Legrand (INAMI)

////////////////////////////////////

Beste Collega's,

Net als voor alle medische disciplines werd een groep van 6 experts voorgesteld door uw verschillende representatieve verenigingen. Deze groep kwam op maandag 30 september bijeen via videoconferentie. Tijdens deze gelegenheid hebben we de methodologie gepresenteerd die werd gevolgd om een schaal van relatieve waarden van de intensiteit van de medische arbeid (EVR HP) op te stellen voor technische medische en chirurgische prestaties (TMCP). We legden uit hoe de prestaties waren geselecteerd die aan u zouden worden voorgelegd voor parametrisatie (D, C, R). Zoals vermeld in de opdrachtbrief, vroegen we u om uw persoonlijke schattingen aan te geven. We hebben ook naar uw vragen en opmerkingen geluisterd. De volgende stap was een bijeenkomst bij het RIZIV om de verschillen in schattingen tussen de experts te bespreken en om tot een consensus te komen.

Op 7 oktober ontvingen we de geparametreerde lijst van Dr. Vanhoof, evenals een lijst die werd doorgestuurd door Dr. Penninckx, vergezeld van een nota waarin werd uitgelegd dat deze lijst het resultaat was van een overleg tussen de 6 experts. We hebben daarom de geplande bijeenkomst bij het RIZIV op 14 oktober geannuleerd, aangezien deze niet langer nodig was.

Het lijkt niet nodig om een proces van elektronische vragenlijsten te starten om naar honderden huisartsen te sturen om uw schattingen te bevestigen. Men kan ervan uitgaan dat uw unanimiteit voorspelt wat het resultaat zou zijn als we alle huisartsen zouden raadplegen.

We hebben er ook voor gezorgd dat de ACA-groep, die zich onder andere bezighoudt met de hervorming van de nomenclatuur van consultaties en aanverwante handelingen (wachtdienst, beschikbaarheid, teleconsultaties, enz.), werd geïnformeerd dat u door deze groep gehoord wilde worden. We hebben uw namen doorgegeven aan voorzitter Jo De Cock.

Met vriendelijke groeten.

Prof. M. Pirson & Prof. P. Leclercq (ULB), Prof. Kips & Prof. W. Tambreur (KUL), Dr J. Legrand (INAMI)

3.1.2.36. Psychiatrie

1. Experts

GBS	C. Depuydt
VBS	M. Morrens
SRMMB	J. Tecco
VVP	D. Schrijvers
GEDIS/CR1ESPULB	C. Kornreich
LIGKUL	M. Van Den Bossche

2. Planning

Planning pour les experts de PSYCHIATRIE			
J1	L	14-oct	réunion initiale + remise de la liste à paramétrer DCR (vidéoconférence de 10h à 11h)
J2	M	15-oct	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J3	M	16-oct	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J4	J	17-oct	<i>période pour remplir le paramétrage</i>
J5	V	18-oct	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J6	S	19-oct	
J7	D	20-oct	
J8	L	21-oct	<i>période pour remplir le paramétrage.</i>
J9	M	22-oct	Chaque expert doit avoir transmis l'intégralité de sa liste complétée pour J9 à minuit
J10	M	23-oct	
J11	J	24-oct	
J12	V	25-oct	
J13	S	26-oct	
J14	D	27-oct	
J22	L	04-nov	Réunion de débriefing (en présentiel à l'INAMI de 15h à 17h)
J23	M	05-nov	Remise de la liste des estimations <i>période pour remplir les estimations</i>
J42	D	24-nov	Chaque expert doit avoir transmis la liste des estimations pour J42 à minuit
J47	V	29-nov	Réunion de débriefing (vidéoconférence de 14h à 15h)

3. Réunion initiale destinée à commenter les missions des experts

- ⊕ Préparation et distribution des tableaux destinés au paramétrage par les experts
- ⊕ Total des libellés à paramétrer : 5

4. Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives

→ Voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la psychiatrie

5. Commentaire

En raison du faible nombre d'ATMC, il été possible d'abrégé la procédure habituelle

À: Caroline Depuydt; Manuel Morrens; Juan Martin Tecco; Didier Schrijvers; Charles Kornreich; Maarten Van Den Bossche

Chers Collègues,

Le lundi 4/11 à 15h, la première réunion de consensus pour les prestations ATMC de psychiatrie était prévue. L'objectif de cette réunion était d'atteindre un consensus sur les paramètres de durée, de complexité et de risque pour les prestations présentant une grande dispersion. Cependant, en traitant les questionnaires que vous avez remplis, nous constatons que, pour toutes les prestations, il y a peu de dispersion dans vos réponses (= moins de 100 % de dispersion pour le paramètre de durée et moins d'un

niveau de différence pour la complexité et le risque). Conformément à notre méthodologie, nous proposons d'utiliser la médiane comme consensus en cas de dispersion limitée. Sans retour de votre part, la valeur médiane (voir pièce jointe) sera considérée comme le consensus pour les 5 prestations de psychiatrie, et la réunion de consensus du 4/11 sera annulée. Avec nos sentiments les meilleurs.

Prof. M. Pirson & Prof. P. Leclercq (ULB), Prof. Kips & Prof. W. Tambeur (KUL), Dr J. Legrand (INAMI)

////////////////////////////////////

Op maandag 4/11 om 15u was de 1ste consensusvergadering voor de psychiatrie TMCP-prestaties gepland. Het doel van deze vergadering was om, bij prestaties met grote spreiding, een consensus te bereiken over de parameters duur, complexiteit en risico. Bij het verwerken van de door jullie ingevulde vragenlijsten merken we echter dat er - voor alle prestaties - weinig spreiding is in jullie antwoorden (= minder dan 100% spreiding in de parameter duur en minder dan één trap verschil voor complexiteit en risico). Conform onze methodologie stellen we voor om bij beperkte spreiding de mediaan te gebruiken als consensus. Zonder tegenbericht van jullie zal voor de 5 psychiatrie prestaties de mediane waarde (zie bijlage) als consensus worden beschouwd en wordt de consensusvergadering van 4/11 geannuleerd. Vriendelijke groeten
Prof. M. Pirson & Prof. P. Leclercq (ULB), Prof. Kips & Prof. W. Tambeur (KUL), Dr J. Legrand (INAMI)

(a) Descriptif des participants

⊕ Nb envois	252
⊕ Nb de répondants	96
⊕ Pourcentage	38,10 %

experience					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	minus5	5	5,2	5,2	5,2
	plus10	73	76,0	76,0	81,3
	plus5	18	18,8	18,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	
sex					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	F	43	44,8	44,8	44,8
	M	53	55,2	55,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	
hospitalActivity					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	0	3	3,1	3,1	3,1
	1	93	96,9	96,9	100,0
	Total	96	100,0	100,0	
hospitalType					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		3	3,1	3,1	3,1
	academic	27	28,1	28,1	31,3
	private	38	39,6	39,6	70,8
	public	28	29,2	29,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	
hospitalTime					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		3	3,1	3,1	3,1
	10	54	56,3	56,3	59,4
	5	3	3,1	3,1	62,5
	6	4	4,2	4,2	66,7
	7	2	2,1	2,1	68,8

	8	22	22,9	22,9	91,7
	9	8	8,3	8,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0	
status					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide		3	3,1	3,1	3,1
	employee	16	16,7	16,7	19,8
	selfemployed	66	68,8	68,8	88,5
	statutory	11	11,5	11,5	100,0
	Total	96	100,0	100,0	
region					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	bxl	16	16,7	16,7	16,7
	vla	52	54,2	54,2	70,8
	wal	28	29,2	29,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

(b). Tableaux d'hétérogénéité

Nombre de libellés soumis à consensus

- ⊕ Durée 5 libellés
- ⊕ Complexité 3 libellés
- ⊕ Risque 0 libellé

(c). Tableau final des paramètres retenus pour l'étape élaboration de l'échelle intra disciplinaire de valeurs relatives → voir § 3 Echelle intra disciplinaire de valeurs relatives pour les honoraires professionnels pour la médecine nucléaire.

7. Commentaire

Dans le cadre de la phase 2.1.A, la médecine nucléaire ne comprend ni la biologie in vitro (rattachée au groupe biologie clinique) ni la radiothérapie.

Lors de la phase 2.1.A, les experts de médecine nucléaire ont demandé qu'une nouvelle activité soit prise en considération (les thérapies par radioéléments injectables). Le SECM et le CTM n'ont pas eu l'occasion de formuler un avis sur les 5 nouvelles prestations constituant cette nouvelle activité.

Les experts ont paramétré ces 5 prestations mais, afin d'éviter toute confusion, elles n'ont pas été introduites sur les questionnaires électroniques ni sur l'EVR HP INTRA MEDECINE NUCLEAIRE. Les experts ont été invités à introduire, auprès du CTM, un dossier justifiant cette nouvelle activité.

NUMMER	OMSCHRIJVING	D	C	R
105976 B	Raadpleging ikv. een RLT-therapie	45	4	3
NUCL-RLT-001	Simple RNT	40	2	4
NUCL-RLT-002	RNT with post-R/ imaging	120	2	4

NUCL-RLT-003	RNT with post-R/ dosimetry (2D)	145	3	4
NUCL-RLT-004	RNT with post-R/ dosimetry (3D)	180	4	4
NUCL-RLT-005	RNT with pre- and post-R/ dosimetry	240	5	5

3.2. Les résultats intra disciplinaires (paramètres et échelles)

3.2.1. La formule

A l'occasion d'une étude précédente effectuée par l'équipe CR1ESPULB, une méthode de calcul originale a été développée par un spécialiste de l'aide mathématique appliquée à la gestion travaillant comme consultant pour l'équipe de recherche²⁹.

Pour chaque acte (A_i , $i=1, \dots, n$) de chaque spécialité, un score global relatif GS_i fut obtenu en introduisant deux valeurs de référence : un score minimum GS_{min} correspondant à un acte d'une durée de 60 minutes et de complexité et risque minimaux (niveau 1) et un score maximum GS_{max} correspondant à un acte d'une durée de 60 minutes et de complexité et risque maximaux (niveau 5).

Un modèle multiplicatif a été utilisé afin de pouvoir contrôler les interactions entre les facteurs et permettre une relation de proportionnalité entre durée et score :

$$GS_i = D_i^\beta \times GS_{min} \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{C_i - 1}{4}\right)^\alpha\right)^w \times \left(1 + \Delta_{rel} \times \left(\frac{R_i - 1}{4}\right)^\alpha\right)^{1-w}$$

Avec :

$$\Delta_{rel} = \frac{GS_{max} - GS_{min}}{GS_{min}}$$

Ce modèle dépend de 3 paramètres : « w » détermine le poids relatif du facteur complexité par rapport au facteur risque (ce paramètre peut être ajusté en fonction des avis des experts pour donner plus ou moins d'importance au facteur complexité par rapport au facteur risque), « α » permet de contrôler la linéarité de l'effet des facteurs complexité et risque ; « β » permet de contrôler l'impact de la durée de l'acte sur le score global.

3.2.2. Les paramètres et les échelles intra disciplinaires

La sélection des prestations (ATMC) a été expliquée au § 3.1.1.

Chaque ATMC est complété par les 3 paramètres (durée, complexité, risque médical) attribués par les spécialistes qui ont répondu aux questionnaires électroniques.

Ces listes sont également complétées des scores d'intensité intra disciplinaire de l'intensité du travail médical (Sc. INTRA) calculés selon la méthodologie présentée au § 3.2.1.

A titre d'exemple, un extrait d'un tableau intra disciplinaire figure ci-dessous.

²⁹ L'explication de la formule a été décrite dans l'article « Les honoraires professionnels médicaux dans le cadre du plan de réforme du financement hospitalier de 2015 » par Leclercq, P., Mareschal B., Martins, D., Bardiaux, S., Van den Bulcke, J., Pirson M. Rev. Med. Brux (2021); 42-6; 444-454

3.2.2.1. Chirurgie orthopédique du membre supérieur

N° LIGNE	Libellé NPS V1	Durée	Compl.	Risque	Score INTRA
ORTHO_318.1	exérèse partielle de l'omoplate, par abord ouvert	62	3	4	
ORTHO_318.2	exérèse partielle de l'omoplate, par arthroscopie	71	4	4	
ORTHO_012.1	réduction d'une luxation acromio-claviculaire par fixation osseuse et suture des ligaments extrinsèques, par abord ouvert	73	4	3	
ORTHO_012.2	réduction d'une luxation acromio-claviculaire par fixation osseuse et suture des ligaments extrinsèques, par arthroscopie	94	5	3	
ORTHO_146	arthrotomie acromio-claviculaire, par abord ouvert	44	2	1	
ORTHO_310	ostéosynthèse d'une fracture de la clavicule, par abord ouvert	74	2	3	
ORTHO_312	ostéosynthèse de la clavicule pour pseudarthrose, par abord ouvert	106	4	4	
ORTHO_610	immobilisation d'une fracture de la clavicule, par abord externe	20	2	3	
ORTHO_148	arthroplastie scapulo-humérale sans prothèse, par abord ouvert	64	4	4	
ORTHO_306	arthroplastie scapulo-humérale par prothèse céphalique, en l'absence de fracture, par abord ouvert	100	5	5	
ORTHO_154	arthroplastie scapulo-humérale par prothèse céphalique pour fracture, par abord ouvert	110	5	5	
ORTHO_364	arthroplastie scapulo-humérale par prothèse totale, par abord ouvert	142	5	4	
ORTHO_364.1	arthroplastie scapulo-humérale par prothèse totale et transfert musculo-tendineux, par abord ouvert	172	5	5	
ORTHO_305	synovectomie scapulo-humérale, par abord ouvert	51	4	4	
ORTHO_305.1	synovectomie scapulo-humérale, par arthroscopie	63	5	4	
ORTHO_019	ostéosynthèse d'une fracture ou fracture-luxation de la tête ou du col de l'humérus, par abord ouvert	124	4	4	
ORTHO_598	réduction d'une fracture de la tête ou du col de l'humérus, par abord externe	59	2	2	
ORTHO_616	immobilisation d'une fracture de la tête ou du col de l'humérus, par abord externe	30	2	2	
ORTHO_023	ostéotomie de l'humérus, par abord ouvert	123	4	4	
ORTHO_320	ostéosynthèse d'une fracture d'un épicondyle ou de l'épitrôchlée, par abord ouvert	72	4	3	
ORTHO_321	ténotomie ou désinsertion des tendons épicondyliens ou tendons épitrôchléens, par abord ouvert	45	2	2	
ORTHO_321.1	ténotomie ou désinsertion des tendons épicondyliens ou tendons épitrôchléens, par arthroscopie	68	4	3	
ORTHO_063	ténodèse de la longue portion du biceps, par abord ouvert	62	3	2	
ORTHO_063.1	ténodèse de la longue portion du biceps, par arthroscopie	76	4	2	
ORTHO_332	ostéotomie du coude, par abord ouvert	112	4	3	
ORTHO_602	réduction d'une fracture de l'olécrâne, par abord externe	31	2	2	
ORTHO_026	ostéosynthèse d'une fracture des deux os de l'avant-bras, par abord percutané	82	4	3	
ORTHO_182	libération du nerf ulnaire par translocation sous-musculaire et/ou épitrôchléoplastie, par abord ouvert	65	4	3	
ORTHO_761	immobilisation de fracture d'une ou plusieurs côtes, par abord externe	30	2	3	
ORTHO_763	immobilisation d'une fracture du sternum, par abord externe	30	2	3	
IMA_059	radiographie de l'avant-bras	15	1	1	
ORTHO_323	réduction de luxation du coude, par abord ouvert	71	3	3	
ORTHO_323.1	réduction de luxation du coude, par arthroscopie	76	4	4	

3.2.2.2. Chirurgie orthopédique du membre inférieur

3.2.2.3. Chirurgie orthopédique de la main

3.2.2.4. Chirurgie orthopédique du pied

3.2.2.5. Chirurgie orthopédique et neurochirurgicale de la colonne

3.2.2.6. Neurochirurgie (hors colonne)

3.2.2.7. Chirurgie plastique

3.2.2.8. Oto rhino laryngologie

3.2.2.9. Stomatologie

3.2.2.10. Dermatologie

3.2.2.11. Urologie

3.2.2.12. Gynécologie - obstétrique

3.2.2.13. Gastro-entérologie

3.2.2.14. Chirurgie du tractus abdominal supérieur

3.2.2.15. Chirurgie du tractus abdominal inférieur

3.2.2.16. Chirurgie spéciale de l'œsophage et du pancréas

3.2.2.17. Ophtalmologie

3.2.2.18. Pneumologie

3.2.2.19. Chirurgie thoracique pulmonaire

3.2.2.20. Chirurgie cardiaque

3.2.2.21. Cardiologie

3.2.2.22. Chirurgie vasculaire

3.2.2.23. Imagerie médicale

3.2.2.24. Neurologie

3.2.2.25. Rhumatologie

3.2.2.26. Médecine physique

3.2.2.27. Néphrologie

3.2.2.28. Pédiatrie

3.2.2.29. Chirurgie pédiatrique

3.2.2.30. Anesthésiologie

3.2.2.31. Médecine aigue / soins intensifs

3.2.2.32. Hématologie

3.2.2.33. Néonatalogie

3.2.2.34. Médecine interne

3.2.2.35. Médecine générale

3.2.2.36. Psychiatrie

3.2.2.37. Médecine nucléaire

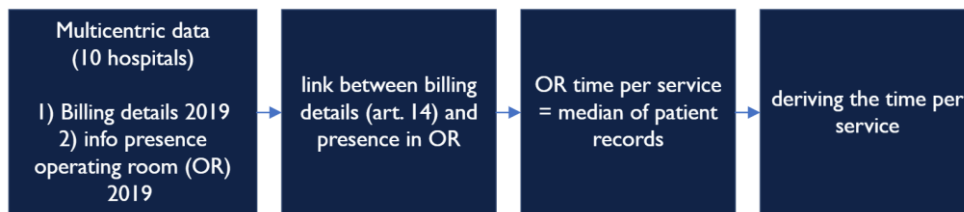
3.2.3. Analyses statistiques du paramètre «durée»

Le paramètre « durée » (minutes) a été comparé à des mesures en temps réel pour les spécialités chirurgicales. Les données de 10 hôpitaux de l'équipe de recherche KU Leuven Phase 2.2 ont été utilisées à cette fin.

3.2.3.1. Méthodologie

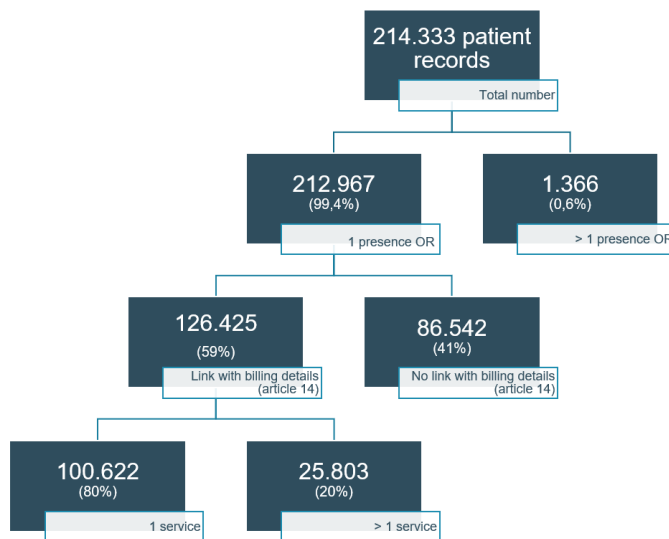
Sur la base d'un lien entre les données de facturation et les données provenant du résumé hospitalier minimum (RHM), un passage en salle d'opération peut être lié à une prestation de la nomenclature (figure 4).

Figure 4 : Méthodologie



Cette analyse ne porte que sur les patients qui n'ont eu qu'un seul passage au bloc opératoire par jour et pour lesquels une seule prestation a été facturée. Par conséquent, sur 214.333 enregistrements, seuls 100.622 sont retenus (figure 5). Sur la base de ces enregistrements, le temps « net » est calculé pour un total de 1.284 types de prestations différentes de la nomenclature (au niveau de la NPS V0).

Figure 5 : flow patient records



La durée enregistrée dans le RHM (le temps « net ») est la durée qui sépare l'entrée et la sortie du patient au bloc opératoire. Comme prévu, cette durée ne correspond pas exactement à la durée retenue à J40 dans la phase 2.1. D'une part, il s'agit d'une surestimation lorsque le médecin n'est pas présent lors de la préparation et de l'installation du patient. D'autre part, cela ne tient pas compte du temps de préparation du médecin et du protocole.

Un des 10 hôpitaux dispose également (via l'enregistrement interne) de données sur la durée « chirurgie », c'est-à-dire le temps écoulé entre l'incision et la fin de la suture. Pour les neuf autres hôpitaux, la durée « chirurgie » a été dérivée du temps « net » à l'aide d'un modèle de prédiction linéaire. Cette méthode peut induire une sous-estimation par rapport à l'estimation des experts

de la phase 2.1, car le temps consacré par le chirurgien à la préparation, au pansement stérile et au protocole n'est pas pris en compte.

Bien que les durées « net » et « chirurgie » ne correspondent pas exactement à la durée estimée par les experts, la figure 6 montre qu'il existe une bonne corrélation entre le temps « net » et l'estimation de l'expert pour la quasi-totalité des disciplines chirurgicales. De bonnes corrélations sont également observées entre l'estimation de l'expert et le temps « chirurgie » (voir figure 7).

Figure 6 : Corrélation entre le temps « net » et l'estimation des experts à J40

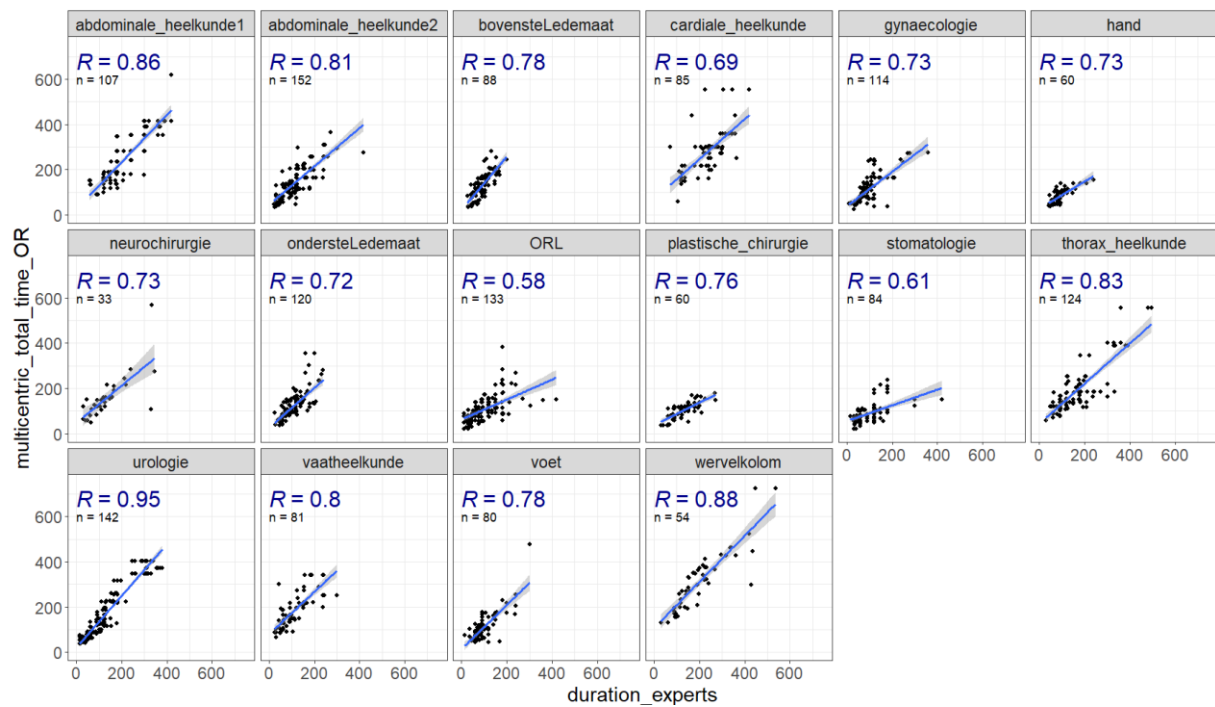
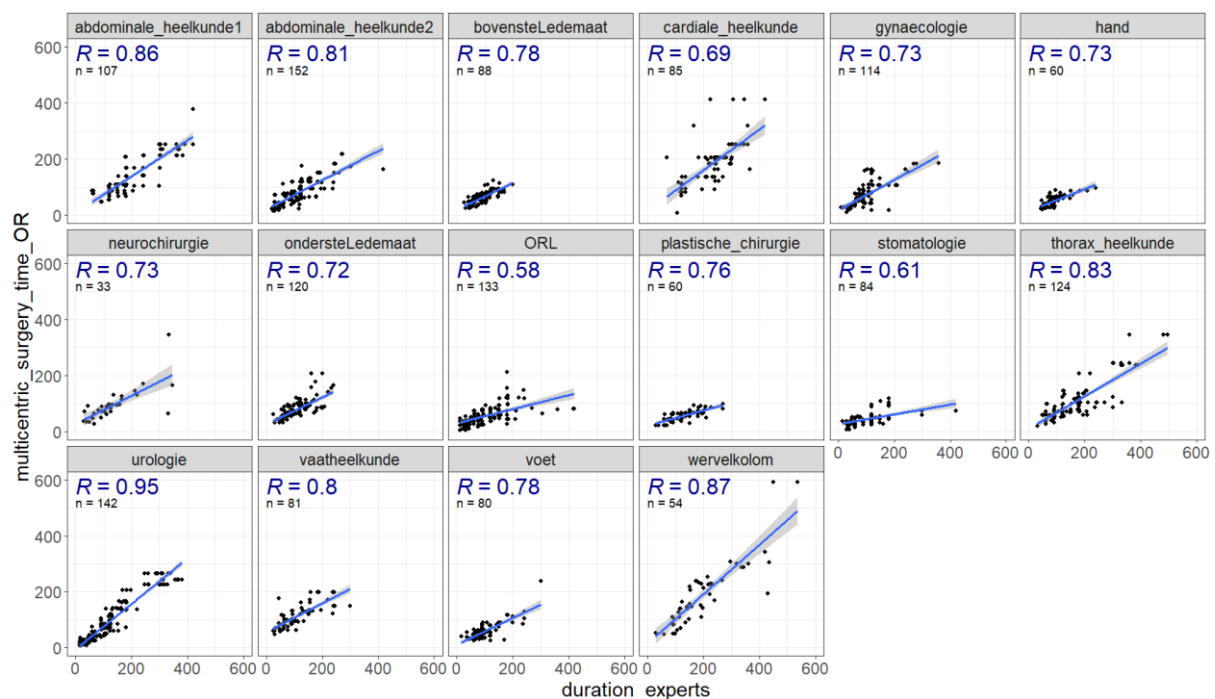


Figure 7 : Corrélation entre la durée « chirurgie » et l'estimation des experts à J40



3.2.3.2. Conclusions de l'analyse

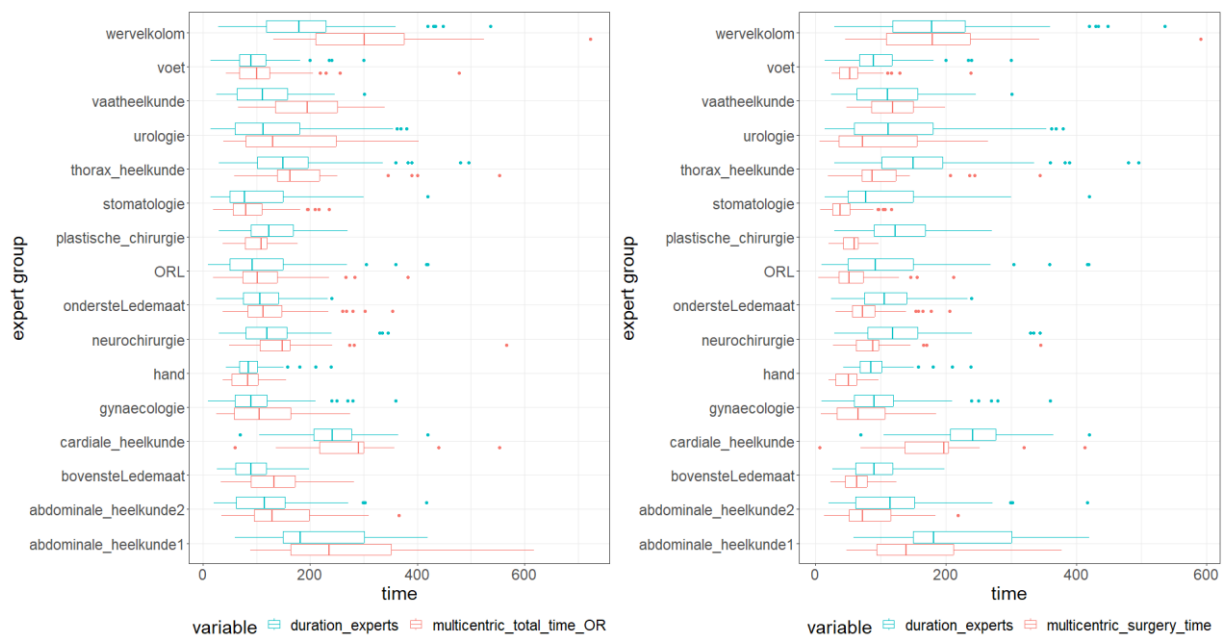
Nous prévoyons que : la durée « chirurgie » < la durée estimée par les experts de la phase 2.1 < la durée « net ».

Dans la mesure où il n'est pas possible d'établir une correspondance univoque entre la NPS V0 (nomenclature actuelle) et la NPS V1 (nomenclature restructurée sur base de laquelle les experts ont formulé leurs estimations), il n'est pas possible de se prononcer sur une éventuelle surestimation ou sous-estimation des actes individuels de la nomenclature en se basant uniquement sur des méthodes statistiques.

Cependant, une comparaison des estimations des experts avec les temps réels fournit une première indication au sujet de la fiabilité des estimations des durées par les experts selon les spécialités chirurgicales.

La figure 8 montre que les durées estimées par les experts se situent généralement entre les temps « chirurgie » et les temps « net ». On peut donc conclure que les estimations des durées opératoires par les experts sont généralement fiables. Pour seulement quelques disciplines chirurgicales, on peut mettre en évidence une tendance à la surestimation (chirurgie plastique, main, stomatologie) ou à la sous-estimation (colonne vertébrale, chirurgie vasculaire).

Figure 8 : Comparaison de l'estimation des experts à J40 avec le temps « net » (à gauche) et le temps « chirurgie » (à droite)



REFORME DE LA NOMENCLATURE
ETUDE PHASE 2.1.A : HONORAIRES PROFESSIONNELS
DES ACTES TECHNIQUES MEDICAUX & CHIRURGICAUX

CHAPITRE 4 : ECHELLES DE VALEURS RELATIVES INTER
DISCIPLINAIRES POUR LES HONORAIRES PROFESSIONNELS
(EVR INTER HP ATMC NPS V1)

4.1. Méthode d'optimisation sous contrainte

Deux sources ont été consultées.

Les 9 articles résumant les travaux de Hsiao et coll.³⁰ sont une base incontournable. Ces articles ont été analysés avec soin avant d'entamer une transposition de la méthode développée par Hsiao au contexte belge.

L'adaptation des travaux de Hsiao à la CCAM française ont fait l'objet d'une publication « Hiérarchisation du travail médical des actes techniques médicaux et dentaires³¹ » qui a également été étudiée avec attention.

4.2. Adaptations belges

4.2.1. Modèle développé par le *Department of Statistics and Operational Research*³²

Ce modèle, basé sur la recherche de la minimisation de l'écart quadratique moyen et l'utilisation du solveur de Excel, permet de maintenir, au sein de l'EVR INTER HP, les ratios entre ATMC des EVR INTRA HP. Il est également simple à expliquer car il s'agit d'un modèle de correction multiplicatif n'impliquant pas le recours à des outils mathématiques trop élaborés.

Différents travaux préparatoires exécutés en 2023 ont porté sur :

- l'approche à adopter (séquentielle ou globale).

Pour illustrer ce qu'il faut entendre par approche séquentielle, on peut prendre l'exemple de l'orthopédie : étape 1 → à partir de l'EVR INTRA MS (membre supérieur) et EVR INTRA MI (membre inférieur), construire une EVR INTER intégrant MS et MI, étape 2 → à partir de l'EVR INTRA MA (main) et EVR INTRA PI (pied), construire une EVR INTER intégrant MA et PI, étape 3 → à partir de l'EVR INTER MS+MI et de l'EVR INTER MA+PI, construire une EVR INTER intégrant MS+MI+MA+PI.

A la suite de ces travaux, le *Department of Statistics and Operational Research* privilégie l'approche globale.

³⁰ HSIAO, W.C., BRAUN, P., DUNN, D., & BECKER, E.R. (1988). Resource-based relative values. An overview. *JAMA*, 260(16): 2347-2353.

HSIAO, W.C., BRAUN, P., KELLY, N.L., & BECKER, E.R. (1988). Results, potential effects, and implementation issues of the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA*, 260(16), 2429-2438.

HSIAO, W.C., YNTEMA, D.B., BRAUN, P., DUNN, D., & SPENCER, C. (1988). Measurement and analysis of intraservice work. *JAMA*, 260(16), 2361-2370.

DUNN, D., HSIAO, W.C., KETCHAM, T.R., et al. (1988). A Method for Estimating the Preservice and Postservice Work of Physicians' Services. *JAMA*, 260(16), 2371-2378.

KELLY, N.L., HSIAO, W.C., BRAUN, P., et al. (1988). Extrapolation of Measures of Work for Surveyed Services to Other Services. *JAMA*, 260(16), 2379-2384.

BRAUN, P., YNTEMA, D.B., DUNN, D., et al. (1988). Cross-Specialty Linkage of Resource-Based Relative Value Scales. Linking Specialties by Services and Procedures of Equal Work. *JAMA*, 260(16), 2390-2396.

BECKER, E.R., DUNN, D., & HSIAO, W.C. (1988). Relative Cost Differences Among Physicians' Specialty Practices. *JAMA*, 260(16), 2397-2402.

BRAUN, P., HSIAO, W.C., BECKER, E.R., et al. (1988). Evaluation and Management Services in the Resource-Based Relative Value Scale. *JAMA*, 260(16), 2409-2417.

HSIAO, W.C., COUCH, N.P., CAUSINO, N., et al. (1988). Resource-Based Relative Values for Invasive Procedures Performed by Eight Surgical Specialties. *JAMA*, 260(16), 2418-2424.

³¹ Hiérarchisation du travail médical des actes techniques médicaux et dentaires », Décembre 2000, CNAMTS Pôle nomenclature

³² Prof. B. Mareschal, Département of Statistics and Operational Research, Centre Emile Bernheim, Solvay Brussels School of Economics & Management, Brussels Free University (U.L.B.), Belgium.

- le recueil d'actes « passerelles » pour tester le modèle.

Les actes passerelles sont des actes identifiés dans les listes d'actes de deux spécialités par les médecins de ces spécialités car ils estiment que ces actes nécessitent une même intensité de travail médical indépendamment du score intra disciplinaire calculé.

Par définition, des actes de deux spécialités différentes mais dont le libellé est identique (AI ou doublons) devraient constituer des actes passerelles naturels.

Des actes équivalents (AE ou actes-liens) sont des paires d'actes choisis dans deux disciplines différentes parce qu'ils « mobilisent » un travail médical jugé équivalent par les spécialistes de ces disciplines.

4.2.2. Les résultats INTER disciplinaires partiels

Durant l'année 2024, on a testé la méthode en élaborant des échelles INTER disciplinaires partielles pour des groupes limités de spécialités médicales et chirurgicales. Ces groupes étaient généralement constitués en réunissant des disciplines travaillant sur une base topographique commune dans l'espoir de faciliter les échanges entre experts chargés de proposer des actes équivalents.

La préparation d'une échelle partielle durait environ 3 mois impliquant :

- ✓ Un premier mail aux experts pressentis pour les informer de la phase inter disciplinaire envisagée et leur proposer de confirmer leur collaboration. Proposition de fixation d'une téléconférence pour une présentation initiale.
- ✓ Préparation des fichiers destinés à faciliter le travail des experts par les équipes universitaires.
- ✓ Visio-conférence initiale de présentation de la mission aux experts.
- ✓ Mails méthodologiques et transmission des fichiers de travail aux experts.
- ✓ Période de concertation entre les binômes d'experts pour validation ou modification des paires proposées.
- ✓ Réception des paires des différents binômes (nécessité fréquente de rappels).
- ✓ Préparation d'une EVR INTER regroupant les spécialités concernées
- ✓ Mail aux experts pour proposer de fixer la date de la réunion de débriefing en présentiel.
- ✓ Préparation et gestion de la séance de débriefing.

Vu la complexité des explications à fournir, les experts francophones et néerlandophones ont travaillé séparément mais, à la fin du processus, les paires néerlandophones et francophones ont été mise en commun (voir § 4.2.3)

Des échelles INTER disciplinaires partielles ont ainsi été élaborées pour :

- Le groupe 1 qui rassemblait les spécialités suivantes : orthopédie du membre supérieur (MS), orthopédie du membre inférieur (MI), orthopédie de la main (MA), orthopédie du pied (PI), neurochirurgie (NC), chirurgie de la colonne (CO).
- Le groupe 2 qui rassemblait les spécialités suivantes : Ophtalmologie (OP), Oto-rhino-laryngologie (OR), Stomatologie (ST), Chirurgie plastique (PL) et Dermatologie (DE).
- Le groupe 3 qui rassemblait les spécialités suivantes : chirurgie abdominale supérieure (AS), chirurgie abdominale inférieure (AI), gastro-entérologie (GE), gynécologie (GY) et urologie (UR).
- Le groupe 4 qui rassemblait les spécialités suivantes : Cardiologie (CA), Pneumologie (PN), Chirurgie cardiaque (TC), Chirurgie thoracique (TP) et Chirurgie vasculaire (CV).
- Le groupe 5 qui rassemblait les spécialités suivantes : Neurologie (NE), Médecine physique (MP), Rhumatologie (RH).

4.2.3. La préparation d'une version 1 d'une échelle de valeurs relatives honoraires professionnels ATMC NPS V1 [FR/NL]

En décembre 2024, une première EVR provisoire HP ATMC NPS V1 [FR/NL] a été transmise à l'INAMI.

Pour éviter de surcharger le solveur, il a été décidé de limiter les actes passerelles par binôme à un maximum de 8 paires d'actes. Ce résultat a été obtenu en classant, par ordre décroissant, sur base des écarts absolus entre les scores intra disciplinaires, les paires sélectionnées par chaque binôme. Les paires dont les écarts étaient les plus importants ont été écartées jusqu'à ne conserver que maximum 8 paires d'actes par binôme.

Des 661 paires initialement proposées, 391 paires ont ainsi été écartées.

L'EVR provisoire INTER HP ATMC NPS V1 [FR/NL] pour 26 spécialités a donc été construite à partir des 270 paires retenues sélectionnées dont 54% proviennent des paires sélectionnées par les experts francophones et 46% proviennent des paires sélectionnées par les experts néerlandophones durant les travaux préparatoires (échelles interdisciplinaires partielles par groupe de spécialités (voir § 4.2.2).

On a utilisé, en plus, 98 paires d'actes identiques entre les groupes G1 + G2 + G3 + G4 + G5 et la spécialité d'imagerie médicale.

Après traitement des doublons, cette échelle interdisciplinaire intègre les 3.626 ATMC des 26 spécialités.

L'échelle provisoire HP ATMC NPS V1 [FR/NL] était complétée par une liste de commentaires dont un des plus importants concernait les améliorations potentielles à apporter au modèle utilisé pour produire cette échelle.

4.2.4. Travaux préparatoires pour l'élaboration d'une version 2 de l'échelle de valeurs relatives honoraires professionnels ATMC NPS V1

Ces travaux ont été réalisés au cours du 1^{er} semestre 2025 pour aboutir à un nouveau modèle présenté ci-dessous au § 4.2.5.

4.2.4.1. Les analyses du Service Mathématiques de la Gestion

Un second service universitaire spécialisé en mathématiques de la gestion, le SMG³³ a été sollicité pour tester différents outils d'optimisation plus puissants et plus contraignants.

Les résultats d'une première analyse complémentaire ont confirmé la nécessité d'une harmonisation et d'une validation préalable des paires d'actes identiques (doublons). Les disparités de durées entre actes identiques réduisent les performances des outils d'optimisation si l'on veut respecter des limites de tolérance acceptables.

Plusieurs études ont été demandées au SMG :

➤ Première mission

Sur base du matériel transmis par GEDISULB au SMG (10 spécialités regroupant 1.596 actes médicaux ; 231 paires d'actes passerelles dont 201 AI et 30 AE), le SMG a procédé à une optimisation sous contraintes en utilisant un logiciel d'optimisation plus élaboré que celui utilisé antérieurement. Ce logiciel permet de déterminer les paires d'actes passerelles à écarter en fonction du niveau de performance que l'on souhaite atteindre (mesuré par un seuil de tolérance epsilon).

³³ SMG : Unité de recherche en Mathématiques de la Gestion, Faculté polytechnique, ULB (Prof. Y. De Smet)

Le SMG a conclu que, pour arriver à un seuil de tolérance (epsilon) de 20%, un très grand nombre de paires d'actes passerelles devaient être éliminés (qualité des estimations des experts et/ou validité de ce qu'il est convenu de considérer comme actes « identiques » entre spécialités différentes). Le modèle de correction multiplicatif précédemment utilisé était peut-être trop simple pour aboutir à des résultats suffisamment satisfaisants selon des critères plus rigoureux.

➤ Seconde mission

Pour approfondir les résultats de la 1^{ère} mission, GEDISULB a transmis au SMG une sélection d'actes identiques (AI) après avoir choisi parmi ces derniers, ceux dont l'écart entre les scores des EVR INTRA disciplinaires étaient les moins élevés (choix de 7 paires d'actes parmi les 15 paires initialement proposées pour les disciplines de chirurgie plastique et d'ORL et choix de 9 paires d'actes parmi les 19 paires proposées pour les disciplines de chirurgie plastique et de stomatologie).

Cette sélection n'a amélioré que légèrement les résultats.

➤ Troisième mission

167 paires d'actes identiques de quatre spécialités (chirurgie plastique, ORL, stomatologie, chirurgie thoracique) ont été transmises à LIGBKUL qui les a analysées et a effectué des corrections pour 127 des 167 paires.

Le SMG a procédé à une optimisation sur les données originales (non corrigées) et à une autre optimisation sur les données corrigées.

Dans le 1^{er} cas (données originales), le rapprochement des scores était, avec un seuil de tolérance acceptable, pour seulement 78 des 127 paires. Dans le second cas, seules 25 des 127 n'atteignaient pas un niveau de rapprochement suffisant (epsilon de 20%).

4.2.4.2. Les « corrections » de durée

Les prestations avec un libellé identique (doublons) fournissent des passerelles naturelles pour l'intégration des échelles de valeurs relatives intra disciplinaires en une échelle interdisciplinaire.

L'intensité médicale associée à ces doublons n'est pas toujours estimée de la même manière par les différentes spécialités puisque le cadre de référence de chaque échelle de valeurs relatives intra disciplinaire est spécifique à chaque discipline.

Cependant, pour qu'un doublon et ses scores intra disciplinaires puissent être utilisés comme passerelle entre les spécialités, il doit refléter la même réalité clinique dans toutes les disciplines concernées. Pour évaluer cela, une analyse approfondie du paramètre de la durée est effectuée. S'il est établi que la réalité clinique sous-jacente est effectivement similaire, le doublon peut servir de passerelle dans la construction de l'échelle interdisciplinaire de valeur relative. Dans ce cas, le paramètre de durée reçoit la même valeur dans les deux disciplines.

Si, lors de l'égalisation du paramètre de durée pour des doublons présentant une réalité clinique identique, il apparaît qu'une discipline est systématiquement surestimée ou sous-estimée, une correction est alors appliquée à l'ensemble des autres prestations de cette discipline afin de compenser le biais détecté dans l'estimation de l'expert.

Egaliser la durée

L'objectif est d'évaluer si un doublon peut être associé à une même durée dans toutes les disciplines (et donc d'évaluer s'il reflète la même réalité clinique). L'analyse s'appuie sur les éléments suivants :

- L'écart entre les estimations des experts pour le paramètre « durée » d'un même acte.
- Pour les actes chirurgicaux : comparaison au temps réel (voir § 2.3).

- Pour les actes non chirurgicaux : comparaison à la durée utilisée au cours des travaux de la phase 2.2 sur les frais de fonctionnement. Comme pour le temps « net » et le temps « chirurgie », il peut s'agir d'une surestimation ou d'une sous-estimation, mais elle peut être utilisée comme ligne directrice.

Lors de la comparaison de l'estimation du paramètre de durée par l'expert avec la durée « net » ou la durée « chirurgie » (pour des actes chirurgicaux) ou avec la durée de la phase 2.2 (pour des actes non chirurgicaux), la correspondance entre V0 et V1 est prise en compte.

Si l'écart de durée entre les estimations des experts de disciplines différentes est inférieur à 20%, le doublon est supposé refléter la même réalité clinique. Dans ce cas, la durée retenue est la moyenne pondérée (si les estimations de réalisation par discipline NPS V0 sont disponibles), sinon la moyenne simple.

Pour un écart entre 20 et 50%, la moyenne (pondérée) est également acceptée comme un consensus valide, sauf si elle est contredite par les données de temps réels ou les données de la phase 2.2. Pour les actes chirurgicaux, la moyenne (pondérée) est comparée par rapport aux temps réel en utilisant les intervalles de confiance ci-dessous :

- Sous-estimation si moyenne (pondérée) < 'temps « chirurgical » – 20%
- Surestimation si moyenne (pondérée) > '2x temps « chirurgical »' ou si moyenne (pondérée) > 'temps « net » + 20%

Pour les actes non chirurgicaux, la moyenne (pondérée) est comparée à la durée de la phase 2.2. Aucun intervalle de confiance fixe n'est utilisé car l'interprétation de ces durées varie selon les hôpitaux (par exemple, selon qu'ils incluent ou non la récupération, la préparation du patient, etc.). La soustraction tient compte de la distribution des temps de la phase 2.1 (si disponible pour plusieurs hôpitaux) ainsi que de la réalité opérationnelle sous-jacente. La validation finale de ces actes est toujours effectuée en combinaison avec l'expertise (clinique) au sein de l'équipe de recherche.

Si l'écart est supérieur à 50%, le doublon n'est en principe pas retenu comme passerelle entre les disciplines sauf si une durée peut être déterminée sans ambiguïté sur la base des données de temps réels ou des données de la phase 2.2 et qu'aucun doute n'existe quant à la réalité clinique similaire entre les disciplines. Dans ce cas, la durée retenue correspond à la moyenne simple ou pondérée ou à la durée estimée par une discipline en fonction de la situation.

L'analyse ci-dessus a été effectuée pour tous les doublons (n = 802). Globalement, 58% des doublons ont pu servir de passerelles entre disciplines. Pour 42%, il a été présumé qu'ils ne pouvaient pas refléter la même réalité clinique et qu'ils n'étaient donc pas (dans un premier temps) utilisés comme passerelles entre les disciplines.

Compenser le biais détecté

Après l'identification des doublons acceptables, il y avait évalué la tendance de chaque discipline à surestimer ou sous-estimer la durée estimée des prestations. Pour ce faire, pour chaque discipline dont les AI ont été corrigés, la durée estimée des médecins a été comparée à la durée corrigée. Un facteur de correction moyen a ainsi été calculé pour chaque spécialité. Ce facteur est ensuite appliqué à toutes les autres prestations de la discipline concernée, afin d'ajuster leurs durées de manière proportionnelle (voir tableau 1).

Tableau 1 : correction du paramètre durée par spécialité

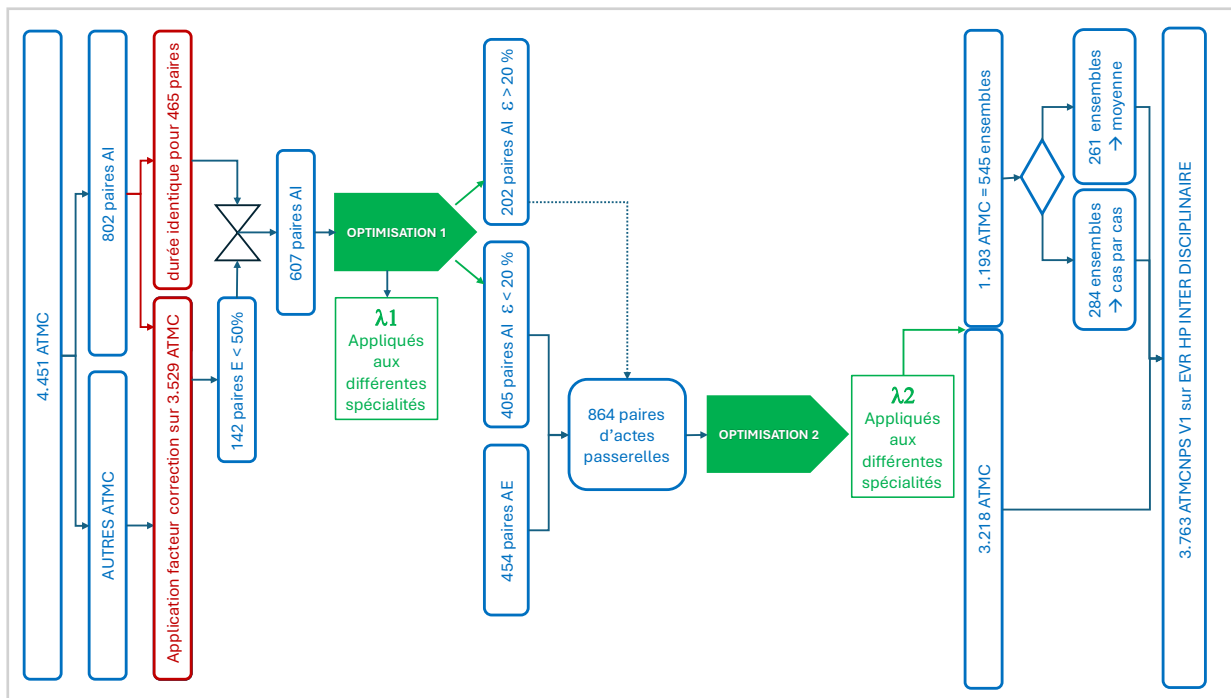
Specialisme	correctiefactor
Gynaecologie en verloskunde	1,11
Bovenste ledemaat	1,08
Reumatologie	1,07
Urologie	1,07
Vasculaire chirurgie	1,06

Cardiologie	1,06
Wervelkolom	1,05
Hand	1,04
Neurologie	1,03
Hematologie	1,03
Abdominale heelkunde 1 (bovenbuik)	1,03
Thoracale longchirurgie	1,02
Anesthesie	1,02
Beeldvorming	1,01
Dermatologie	1,01
Stomatologie	1,01
Algemene geneeskunde	1,01
Gastro-enterologie	1,00
Pneumologie	0,99
Abdominale heelkunde 2 (onderbuik)	0,99
Fysische geneeskunde	0,99
Otorinolaryngologie	0,98
Neurochirurgie	0,97
Onderste ledemaat	0,96
Cardiale heelkunde	0,94
Acute geneeskunde	0,94
Plastische chirurgie	0,88
Oogheelkunde	0,85
Voet	0,81

4.2.5. Le nouveau modèle adopté pour l'élaboration de la version 2 de l'EVR HP ATMC NPS V1

Les travaux réalisés au cours du 1^{er} trimestre 2025 ont permis une évolution du modèle d'optimisation. Celui-ci est d'abord présenté schématiquement puis décrit tel qu'il a été mis en application pour élaborer la version 2 de l'EVR HP ATMC NPS V1 présentée ci-dessous (§ 4.3).

Figure 9 : modèle d'optimisation pour l'élaboration de la version 2 de l'EVR HP ATMC NPS V1



4.2.5.1. Etape 1 : actes identiques (AI)

Du fichier de départ qui compte 4.451 ATMC, GEDISULB extrait les 802 paires d'AI (soit 1.205 ATMC différents³⁴) et les transmet à LIGBKUL afin que cette équipe procède aux corrections selon la méthode décrite au § 4.2.4.2.

La durée des AI de 58% des paires (465 paires soit 768 ATMC) fait l'objet d'une correction (la même durée est attribuée aux AI d'une même paire). Tous les autres actes (3.529³⁵) se voient appliquer un facteur de correction (comme expliqué au § 4.2.4.2). Sur base de ces corrections, les scores intra-disciplinaires sont recalculés.

GEDISULB prépare un fichier des AI pour le SMG en rassemblant les 465 paires corrigées par LIGBKUL et 142 paires d'AI dont l'écart, après application du facteur de pondération, est inférieur à 50%.

Le SMG soumet ces 607 paires d'AI au programme d'optimisation qui identifie 405 paires d'AI dont l'écart n'excède pas le facteur de tolérance accepté (epsilon de 20%). Il y a donc 202 paires dont l'écart excède un epsilon de 20%.

Le programme d'optimisation calcule également les facteurs λ ³⁶ qui seront appliqués aux scores des actes des différentes disciplines au terme de cette 1^{ère} étape.

4.2.5.2. Etape 2 : actes passerelles (AP)

Les 405 paires d'AI retenues par le programme d'optimisation sont complétées par les 454 paires d'actes équivalents (AE).

NB : pour réussir à avoir des passerelles entre toutes les disciplines, il a été nécessaire de « récupérer » 5 paires d'actes parmi les 202 paires dont l'écart excédait 20%.

C'est donc un fichier de 864 paires d'actes passerelles qui font l'objet d'une nouvelle optimisation dont le résultat sera la détermination des facteurs de pondération à appliquer aux 4.421 actes des différentes disciplines au terme de cette 2^{ème} étape.

4.2.5.3. Etape 3 : harmonisation finale des actes identiques

Cette échelle de 4.411 actes comporte encore à ce stade 1.193 actes répartis en 545 ensembles³⁷ de libellés identiques (avec scores inter disciplinaires provisoires différents).

Une partie de ces actes identiques dont l'écart est inférieur à 20% (261 ensembles) peuvent être traités facilement en calculant une moyenne simple de leurs scores interdisciplinaires. Une analyse des autres actes (284 ensembles) devrait faire l'objet de consultation avec des experts médicaux pour décider s'il s'agit réellement d'actes identiques (et fixer la valeur du score interdisciplinaire) ou de faux doublons dont les libellés devraient être réécrits.

Pour fournir à l'INAMI une EVR HP ATMC NPS V1, version 2 telle qu'elle pourrait résulter après cette 3^{ème} étape, GEDISULB a traité au cas par cas les 284 ensemble dont l'écart dépassait 20%. Un arbre de décision aidait à guider le raisonnement appliqué à chaque situation afin d'encadrer le côté arbitraire de cette manière de procéder.

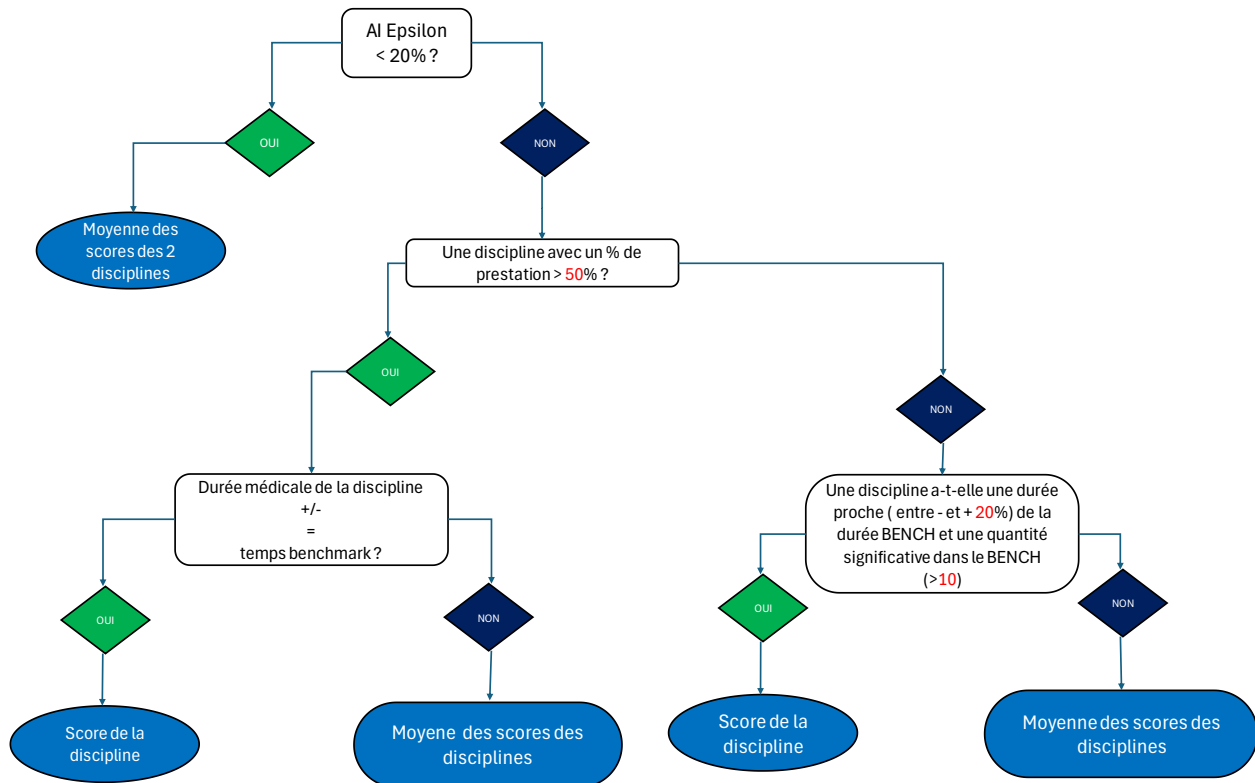
³⁴ Un ATMC peut faire partie de plusieurs paires différentes

³⁵ Un facteur de correction n'a pas pu être calculé pour toutes les disciplines ce qui explique que seulement 3.529 actes sur 3.683 ont été pondérés.

³⁶ Facteur de correction appliqué à l'ensemble des actes de chaque spécialité sur base de l'optimisation.

³⁷ Un ensemble peut être constitué de plusieurs paires. Par exemple, CHIR ABDO_003.5 « Exérèse d'un diverticule de Zenker, par cervicotomie » a été paramétré par 3 spécialités (chirurgie abdominale, de chirurgie thoracique et ORL). Cela forme un ensemble mais représente 3 paires d'actes identiques différentes ((1) chirurgie abdominale – chirurgie thoracique ; (2) chirurgie abdominale-ORL (3) chirurgie thoracique-ORL).

Figure 10 : arbre de décision pour l'harmonisation des actes identiques



2) Deuxième étape : analyse de la discipline majoritaire. Sur base des données dont on dispose, on examine si une discipline réalise l'acte à plus de 50%.

- Si oui, on compare la durée estimée à la durée réelle issue du benchmark disponible.
 - Si la durée estimée est cohérente avec le benchmark, le score de cette discipline est retenu.
 - Sinon, on applique la moyenne des scores interdisciplinaires des disciplines.
- Si aucune discipline ne réalise plus de 50% de la prestation ou si on ne dispose pas de cette donnée, on passe à l'étape suivante.

3) Troisième étape : comparaison au temps réel. Sur base des données issues du benchmark, on vérifie si la durée estimée d'une discipline est proche (écart de + ou - 20%) de la durée réelle et si la quantité est significative dans les données issues du benchmark (quantité supérieure à 10).

- Si ces conditions sont remplies, on retient le score de la discipline.
- Sinon, on applique la moyenne des scores interdisciplinaires des disciplines.

A l'issue de ces différentes étapes les 3.763 ATMC des différentes spécialités ont chacun un score interdisciplinaire.

4.3. Résultat : l'EVR HP ATMC NPS V1 version 2

Pour faciliter la lecture du tableau, une couleur différente a été attribuée à chaque spécialité (colonne 1).

Les 261 ensembles dont il est question ci-dessus (§ 4.2.5.3) sont surlignés en noir tandis que les 284 ensembles dont il est question ci-dessus (§ 4.2.5.3) sont surlignés en rouge.

Note importante

Les équipes universitaires soulignent qu'à ce stade, l'échelle ne peut être dissociée des commentaires figurants au chapitre 4.

Les équipes universitaires recommandent que ces commentaires soient pris en considération préalablement à la conversion d'EVR en tarifs.

A titre d'exemple, un extrait du tableau interdisciplinaire figure ci-dessous.

ABREVIATION	SPECIALITE	Numéro ligne	Libellé NPS V1	EVR INTER
PI	PIED	ORTHO_092	ostéosynthèse d'une fracture et/ou réduction d'une luxation d'un os du tarse antérieur ou de l'articulation tarso-métatarsienne [Lisfranc], par abord percutané	
PI	PIED	ORTHO_233.8	exérèse d'une lésion osseuse superficielle d'un os du pied, par endoscopie	
UR	UROLOGIE	URO_280	orchidopexie, par abord ouvert	
MI	MEMBRE INFERIEUR	ORTHO_518	section du tendon du psoas, par abord ouvert	
OP	OPHTALMOLOGIE	OPHT_041.2	libération de symblépharon de la paupière inférieure et supérieure, et reconstruction par greffe	
RH	RHUMATOLOGIE	RHUMATO_001	biopsie synoviale d'une ou plusieurs articulations, par abord percutané, sous contrôle échographique	
		URO_102	insertion d'un cathéter urétéral, par abord transrénal percutané	
UR	UROLOGIE	URO_286	orchidectomie totale, par abord ouvert	
OP	OPHTALMOLOGIE	OPHT_044	exérèse d'une tumeur invasive de la cornée	
PI	PIED	ORTHO_001	curetage d'une tumeur d'un os superficiel, par abord ouvert	
AN	ANESTH	ANEST_040	traitement thermique contrôlé par radiofréquence d'un ganglion sphéno-palatin, par abord percutané	
MS	MEMBRE SUPERIEUR	ORTHO_148	arthroplastie scapulo-humérale sans prothèse, par abord ouvert	
MA	MAIN	ORTHO_338.1	exérèse du processus styloïde radial, par endoscopie percutanée	
MI	MEMBRE INFERIEUR	ORTHO_482	patellectomie totale, par abord ouvert	
MA	MAIN	ORTHO_389.1	exérèse d'un kyste synovial dorsal du poignet, par endoscopie percutanée	
AN	ANESTH	ANEST_062	destruction par radiofréquence d'un ou des deux ganglions coeliaques ou nerfs splanchniques, par abord percutané	
OP	OPHTALMOLOGIE	OPHT_154	réparation du muscle sphincter de la pupille	
OR	ORL	ORL_040	placement d'une prothèse auditive à ancrage osseux [BAHA], par abord ouvert, intervention complémentaire	
AN	ANESTH	ANEST_061	destruction chimique d'un ou des deux ganglions coeliaques ou nerfs splanchniques, par abord percutané	
		CHIRPLAST_093	débridement d'une ou plusieurs brûlures sur 5 à 10% de la surface corporelle	
IM	IMAGERIE	IMA_054	angiographie cérébrale par voie vertébrale unilatérale	
IM	IMAGERIE	IMA_052	angiographie cérébrale par voie carotidienne unilatérale	
HE	HEMATO	HEMA_004	érythraphérèse thérapeutique	
		CHIRPLAST_005	placement d'une greffe de peau totale couvrant une surface inférieure à 10 cm ² , excepté au niveau de la face	
CV	CHIR VASC	CHIRVASC_005	suture d'une artère du cou, par abord ouvert	
MS	MEMBRE SUPERIEUR	ORTHO_320	ostéosynthèse d'une fracture d'un épicondyle ou de l'épitrachée, par abord ouvert	
MA	MAIN	ORTHO_613	réduction d'une fracture du carpe, par abord externe	

4.4. Commentaires

4.4.1. Limites de l'EVR INTER HP ATMC NPS V1 [FR/NL] version 2

Afin de pouvoir utiliser cette EVR pour l'élaboration des tarifs, plusieurs points devront faire l'objet de discussions critiques au terme desquelles des initiatives visant à valider les données de base utilisées ou les résultats obtenus s'imposeront vraisemblablement.

4.4.1.1. Croisements inter spécialité

Dans la méthodologie française³⁸, chaque spécialité a été croisée en moyenne avec 3 ou 4 autres. Extrapolé à nos spécialités, cela signifierait environ 125 réunions à organiser pour proposer, valider et compléter les actes passerelles sur lesquels reposent, en définitive, le modèle d'optimisation. Transformer ce chiffre abstrait en réalité sur le terrain implique une organisation et une gestion considérable puisque chaque croisement implique d'organiser des contacts entre des spécialistes de chaque discipline.

Dans la pratique, les équipes universitaires qui n'avaient ni les moyens, ni l'autorité pour gérer efficacement une telle entreprise se sont efforcées d'obtenir suffisamment de passerelles pour démontrer que le modèle est opérationnel. Quarante-six croisements ont été organisés. S'il n'est peut-être pas nécessaire d'arriver au chiffre français, il faudrait revoir la grille des croisements afin de la compléter.

4.4.1.2. Experts

Si l'on se réfère à l'expérience française, pour chaque croisement, il ne faut pas se contenter de l'avis d'un expert de chaque spécialité (un binôme) mais il conviendrait de mobiliser 3 binômes soit 6 experts. Les équipes universitaires ont déployé beaucoup d'énergie pour constituer un binôme pour chacun des 46 croisements étudiés.

Le plus souvent, les experts mobilisés étaient les experts universitaires qui avaient participé aux travaux intra disciplinaires car c'était ceux dont les équipes universitaires pouvaient attendre le plus de réactivité pour collaborer à ces réunions. Dans un certain nombre de cas, un binôme francophone et un binôme néerlandophone ont travaillé (séparément) sur un même croisement.

De nombreux experts universitaires qui se sont prêtés à l'exercice ont demandé que l'on acte qu'ils ne se considèrent pas à eux seuls représentatifs de leur spécialité. La validité et la légitimité des choix des passerelles imposeraient de se pencher au cours des prochains mois sur cette problématique, par exemple en étendant le nombre d'experts à consulter.

4.4.1.3. Actes identiques (AI)

A plusieurs reprises, on a signalé l'importance de ces AI pour l'optimisation. On a aussi mis en évidence que le modèle permet, à différents niveaux, d'identifier des AI dont les estimations de la durée ou le rapprochement insuffisant des scores après optimisation permettent de supposer qu'il ne s'agit peut-être pas d'actes recouvrant une même réalité clinique (faux doublons). Dans ce cas, la seule alternative correcte serait de retourner vers des experts de chacune de spécialité concernée afin de leurs soumettre le dilemme.

Ces travaux sortent du cadre de la mission impartie aux équipes universitaires mais n'en restent pas moins essentiels pour mener à bonne fin la réforme de la nomenclature.

4.4.1.4. Validation des échelles de valeurs relatives

A ce stade, les équipes estiment que les échelles sont une « proof of concept » qui devrait encore bénéficier des étapes de validation décrites ci-dessus.

³⁸ Actuellement, sous le contrôle du Haut Conseil des Nomenclatures.

En effet, avant d'utiliser les échelles intra ou interdisciplinaires de valeurs relatives, il conviendrait de procéder à des analyses et à des validations de ces échelles impliquant les experts des spécialités concernées. A nouveau, il s'agit d'une entreprise qui nécessitera du temps, de l'énergie et une certaine capacité de réactivité pour actualiser ou revoir des calculs suite aux conclusions de ces opérations de validation ;

Pour les raisons mentionnées ci-dessus, il semblerait utile d'organiser des confrontations avec les experts pour soutenir certaines interprétations au lieu de s'appuyer uniquement sur les corrections du modèle mathématique.

Dans certains cas, en raison de l'absence de doublon, il n'a tout simplement pas été possible de vérifier s'il y a une éventuelle surestimation ou sous-estimation de la durée des paramètres. C'est le cas, par exemple de 4 spécialités (chirurgie œsophagienne et pancréatique, Psychiatrie, Néphrologie, Médecine nucléaire). Pour d'autres (rachis, membres supérieurs, hématologie et ophtalmologie), cette correction est basée sur un ensemble (trop) limité (<5) de doublons.

4.4.2 Complémentarité et interaction entre EVR ATMC HP et EVR ATMC FF

Un point important à prendre en compte pour l'interprétation des résultats est l'exécutant réel de la prestation. En effet, le médecin spécialiste peut réaliser lui-même l'acte dans son intégralité (avec ou sans préparation et/ou assistance du personnel soignant, par exemple pour un EMG) ou l'acte peut être réalisé par le personnel soignant sous la supervision du médecin, ce dernier étant responsable de l'élaboration du protocole (par exemple pour un ECG).

Dans la phase 2.1.A, le paramètre de durée sous-jacent a été estimé comme « le temps strictement nécessaire et indispensable au médecin pour réaliser l'acte dans son intégralité. Ce temps inclut la manipulation technique des équipements si le médecin participe directement lui-même à la réalisation de la prestation, à la lecture du résultat et à son interprétation »

Lors de la présentation initiale (J1), il était précisé aux experts que si l'acte est généralement effectué par du personnel soignant ou technique, il y a lieu de calculer le coût de l'acte sur cette base pour la partie « frais de fonctionnement » et de limiter la durée de participation du médecin à l'interprétation ou à la validation du résultat. Si, contrairement à la pratique usuelle, la médecin effectue l'entièreté de l'acte, il doit néanmoins s'en tenir dans son estimation du temps médical à la durée nécessaire pour l'interprétation ou la validation du résultat. Si le médecin réalise l'acte dans un cabinet privé, il recevra d'une part les honoraires professionnels et d'autre part le tarif attribué aux frais de fonctionnement calculé sur base de la pratique usuelle (c'est-à-dire par du personnel soignant ou technique)

Dans la pratique, le respect de ce principe n'est pas toujours observé notamment parce que la « pratique usuelle » n'est définie nulle part et que, même si, par exception, elle est stipulée, on constate une grande variété de comportements différents.

A titre d'exemple, on peut citer la prestation « NEUROPSY_020 : enregistrement des potentiels évoqués somatosensoriels [SSEP] ». Lors de la séance de consensus (J15), il a été précisé que l'estimation médicale doit être formulée sur base d'une « l'exécution complète par un médecin, sans assistance infirmière ». Les experts ont estimé une durée de 20 minutes pour la réalisation de cet examen.

On a cependant noté dans les études de coût de la phase 2.2.A que plusieurs hôpitaux partent donc du principe que la prestation est réalisée ou assistée par une infirmière (ce qui entraîne des coûts de personnel soignant considérables pour cette prestation [jusqu'à 60 minutes]).

C'est pourquoi on peut reproduire ci-dessous la proposition énoncée dans le rapport de la phase 2.2.A.

« Une étude complémentaire plus approfondie pourrait s'efforcer de définir, d'une manière plus précise, la part respective du médecin et du personnel soignant dans la réalisation des ATMC (ce qui aura également d'éventuelles conséquences sur l'EVR HP ATMC NPS V1 puisque la durée « réalisation de l'acte par le médecin » et la durée « réalisation de l'acte par le personnel soignant/technique » devront être coordonnées et adaptées).

La manière dont il faudrait prendre en compte les résultats d'une telle étude sera également à discuter ; faudra-t-il fixer les cost drivers en fonction de la norme retenue ou faudra-t-il substituer un calcul normatif au calcul en coût réel actuel ?

La décision de l'INAMI sera probablement influencée par d'autres considérations telles, par exemple, les conséquences de ce choix sur la mission du SECM ou sur les déplacements potentiels intra ou extra muros de certaines activités médicales. »

Un autre aspect important dans la complémentarité des deux phases, est l'interprétation de la cumulabilité. L'interprétation des prestations cumulables constitue un défi, en particulier dans la phase 2.2.A. Dans la nomenclature actuelle (V0), la distinction entre une prestation principale et une prestation complémentaire n'est pas toujours claire, ce qui conduit à des interprétations divergentes entre les hôpitaux (par exemple pour un certain nombre de procédures endoscopiques gastro-entérologiques). Dans la phase 2.1.A (V1), cette distinction est plus claire pour la plupart des prestations grâce à l'utilisation de la NPS V1 qui prévoit des ajouts dans la description, tels que « complémentaire » ou « supplémentaire ».

À l'heure actuelle, l'interprétation de la cumulabilité n'est pas la même dans les phases 2.1.A et 2.2.A.

L'interprétation de la cumulabilité, et donc aussi de la complémentarité des deux phases, sera plus facile dès que la phase 2.2.A pourra être basée sur la NPS V1 au lieu de la NPS V0. Afin de garantir la complémentarité entre les deux phases, il est essentiel que l'interprétation de la cumulabilité se fasse de manière uniforme. La coordination entre les deux phases est essentielle à cet effet.

4.4.3 Caractéristiques des patients et modificateurs

4.4.3.1. Problématique

Lors de l'estimation des paramètres durée, complexité et risque, les experts ont supposé une mise en œuvre chez un patient « moyen ». Toutefois, ils indiquent que certaines caractéristiques des patients peuvent avoir un impact significatif sur ces trois paramètres.

Par exemple, la gravité de la maladie peut varier considérablement d'un patient à l'autre, ce qui affecte l'exécution d'une performance. Un indice de gravité élevé est généralement associé à une durée plus longue, à une plus grande complexité et à un risque accru.

Outre les facteurs liés à la pathologie, d'autres caractéristiques du patient, telles que l'âge et la mobilité (par exemple, un patient alité), ont également une influence significative sur la durée, la complexité et le risque. Ainsi, la réalisation d'une même prestation chez l'enfant prendra généralement plus de temps et sera plus complexe/risquée que chez l'adulte.

Outre les caractéristiques des patients, certains facteurs contextuels peuvent également avoir une incidence importante sur la durée, la complexité et le risque (par exemple, la réalisation de certaines prestations en soins intensifs, la réalisation de prestations en urgence, etc.).

4.4.3.2. Modificateurs

Dans le cadre des travaux du rapport 2.1, une réflexion spécifique a été menée sur les modificateurs liés à l'âge, et plus particulièrement sur leur pertinence au sein de certaines

disciplines médicales. Trois spécialités ont été identifiées comme particulièrement concernées par cette problématique : la pédiatrie, la chirurgie pédiatrique et la néonatalogie.

Deux types de prestations ont été distingués dans ce contexte :

- Les prestations spécifiques à ces disciplines : il s'agit d'actes qui, par nature, ne peuvent être réalisés que chez l'enfant (exemple 1), ou pour lesquels aucun équivalent adulte n'existe actuellement dans la nomenclature (exemple 2).

→ Ces prestations ont été intégrées dans l'EVR INTERDISCIPLINAIRE, en tant que telles.

Exemple 1 :

SPECIALITE	Libellé NPS V1	DUREE	COMPLEXITE	RISQUE	SCORE INTRA	SCORE INTER
CHIR PED	0-1an: pyloromyotomie, par abord ouvert	72	3	3	238,9	691,2

Exemple 2 :

SPECIALITE	Libellé NPS V1	DUREE	COMPLEXITE	RISQUE	SCORE INTRA	SCORE INTER
PEDIATRIE	0-7ans: drainage gastrique par abord transorificiel	20	2	2	50,3	61,7

- Les prestations non spécifiques à ces disciplines : il s'agit d'actes qui peuvent être réalisés à la fois chez l'adulte et chez l'enfant, mais qui, dans le contexte pédiatrique, peuvent impliquer des conditions d'exécution plus complexes (temps, technicité, adaptation au jeune patient, etc.). Ce sont ces prestations qui justifient une réflexion sur l'introduction de modificateurs liés à l'âge. À ce stade, elles n'ont pas été intégrées dans l'EVR INTERDISCIPLINAIRE, dans l'attente de recommandations spécifiques.

Exemple :

SPECIALITE	Libellé NPS V1	DUREE2.1 ESTIMEE	COMPLEXITE	RISQUE	SCORE INTRA	SCORE INTER
CARDIO	électrocardiogramme [ECG]- 12 dérivations	3	2	1	6,5	15,8
PEDIATRIE	0-15ans: électrocardiogramme [ECG]- 12 dérivations	16	3	1	38,0	/

(a) Les prestations non spécifiques à la pédiatrie

Parmi les 183 libellés scorés dans la phase 2.1 par les pédiatres, 171 libellés n'étaient pas spécifiques à la pédiatrie.

Le tableau ci-dessous compare les scores intra-disciplinaires calculés chez les enfants avec ceux calculés chez les adultes.

- Un rapport inférieur à 1 signifie que le score intra disciplinaire pédiatrique est inférieur au score intra disciplinaire « adulte³⁹ ».

- Un rapport supérieur à 1 signifie que le score intra disciplinaire pédiatrique est supérieur au score intra disciplinaire « adulte ».

³⁹ Lorsque le libellé a été évalué dans plusieurs disciplines « adultes », c'est la **moyenne des scores intra disciplinaires « adulte »** qui a été utilisée pour la comparaison.

Sept catégories d'âge ont été identifiées⁴⁰ : 0-15 ans / 0-1 an / 0-5 ans / 0-7ans / 1-15 ans / 1-7 ans / 7-15 ans

	Nb libellés	Rapport < 1	Rapport > 1	Rapport moyen	Rapport min	Rapport max
0-15 ans	106	16	90	2,14	0,55	17,53
7-15 ans	21	3	18	2,63	0,62	6,94
0-1 an	16	0	16	4,48	1,71	15,71
1-7 ans	11	0	11	6,22	1,72	13,26
0-7 ans	8	1	7	1,95	0,93	3,01
1-15 ans	8	2	6	1,55	0,86	2,74
0-5 ans	1	0	1	1,55	1,55	1,55
Total	171	22	149	2,64	0,55	17,53

L'analyse des prestations non spécifiques à la pédiatrie révèle que, sur les 171 libellés évalués, 149 présentent un score intra pédiatrique supérieur à celui obtenu dans les disciplines adultes. Cette tendance majoritaire (près de 87 % des cas) suggère que, bien que ces actes soient communs aux adultes et aux enfants, leur réalisation dans un contexte pédiatrique nécessite plus de temps, est plus risquée et plus complexe.

Ces observations justifient l'intérêt d'envisager une étude sur l'introduction de modificateurs liés à l'âge.

(b) Les prestations non spécifiques à la chirurgie pédiatrique

Parmi les 116 libellés scorés dans la phase 2.1 par les chirurgiens pédiatriques, 88 libellés n'étaient pas spécifiques à la chirurgie pédiatrique.

Le tableau ci-dessous compare les scores intra-disciplinaires calculés chez les enfants avec ceux calculés chez les adultes.

- Un rapport inférieur à 1 signifie que le score intra disciplinaire pédiatrique est inférieur au score intra disciplinaire « adulte ».

- Un rapport supérieur à 1 signifie que le score intra disciplinaire pédiatrique est supérieur au score intra disciplinaire « adulte ».

Six catégories d'âge ont été identifiées : 0-1 an / 0-7ans / 0-11 ans / 0-15 ans / 1-15 ans / 7-15 ans

	Nb libellés	Rapport < 1	Rapport > 1	Rapport moyen	Rapport min	Rapport max
0-15 an	73	26	47	1,26	0,35	2,62
0-1 an	5	1	4	1,18	0,63	1,63
7-15 ans	5	3	2	1,06	0,78	1,32
0-7 ans	2	0	2	2,14	2,09	2,19
1-15 ans	2	2	0	0,56	0,45	0,67
0-11 ans	1	0	1	1,88	1,88	1,88
Total	88	32	56	1,25	0,35	2,62

Sur les 88 libellés spécifiques à la chirurgie pédiatrique, 56 (soit 64%) présentent un score intra disciplinaire supérieur à celui observé dans les disciplines « adulte ».

Cependant, une lecture plus fine par catégorie d'âge nuance cette tendance : dans deux catégories d'âge ([7-15 ans] ; [1-15 ans]), la majorité des libellés obtiennent un score inférieur à celui des disciplines adultes. Cela suggère que l'intensité du travail médical varie selon l'âge de

⁴⁰ Seules certaines de ces catégories d'âge ont été utilisées par prestation.

l'enfant, et qu'il serait pertinent d'approfondir cette analyse pour identifier les seuils d'âge à partir desquels une majoration via modificateur serait réellement justifiée.

(c) Les prestations non spécifiques à la néonatalogie

Parmi les 55 libellés scorés dans la phase 2.1 par les néonatalogues, 41 libellés n'étaient pas spécifiques à la néonatalogie.

Le tableau ci-dessous compare les scores intra-disciplinaires calculés chez les enfants avec ceux calculés chez les adultes.

- Un rapport inférieur à 1 signifie que le score intra disciplinaire pédiatrique est inférieur au score intra disciplinaire « adulte ».

- Un rapport supérieur à 1 signifie que le score intra disciplinaire pédiatrique est supérieur au score intra disciplinaire « adulte ».

	Nb libellés	Rapport < 1	Rapport > 1	Rapport moyen	Rapport min	Rapport max
Total	41	5	36	2,53	0,21	9,69

Parmi les 41 libellés évalués en néonatalogie, 36 (soit 88 %) présentent un score intra disciplinaire supérieur à celui observé dans les disciplines adultes. Cela indique que, même pour des actes similaires, leur réalisation en contexte néonatal implique une intensité du travail médicale plus importante. Cette tendance majoritaire renforce la pertinence d'envisager des modificateurs liés à l'âge pour mieux tenir compte de la spécificité des soins apportés aux nouveau-nés.

4.4.4. Estimations

Dans le cadre de la mission confiée aux experts pour la phase 2.1.A, un travail spécifique a été demandé concernant l'estimation des pourcentages de réalisation pour les actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC) de la nomenclature NPS V1 en cas de prestations NPS V0 subdivisées.

Les règles d'écritures des libellés de la nouvelle nomenclature NPS V1 ont conduit à subdiviser certains libellés de l'actuelle nomenclature (NPS V0) pour prendre en compte la diversité des actions et des moyens mis en œuvre.

Sur les 2.621 ATMC issus de la NPS V0 analysés au cours des travaux sur la réforme de la nomenclature, 584 ATMC ont donné lieu à des subdivisions dans la NPS V1, soit 1.758 libellés.

La disponibilité de données quantitatives est indispensable pour plusieurs volets des travaux, notamment en vue de l'élaboration d'une nomenclature tarifante. Or, à ce stade, seules les quantités associées aux actes NPS V0 sont disponibles. Il serait donc nécessaire de transposer ces volumes à la NPS V1.

Dans ce contexte, pour les actes NPS V0 ayant fait l'objet d'une subdivision, il a été demandé aux experts de répartir la quantité globale de l'acte NPS V0 entre les différents actes issus de cette subdivision dans la NPS V1, selon leur connaissance de la pratique réelle.

Une fois les données collectées, les estimations fournies par les différents experts ont été agrégées afin de produire une moyenne par acte subdivisé. Cette moyenne a ensuite été appliquée à la quantité globale observée pour l'acte NPS V0 correspondant, permettant ainsi d'obtenir une première approximation des volumes associés à chaque acte de la NPS V1.

Bien que cette approche permette de disposer d'une première approximation des volumes NPS V1, elle présente certaines limites méthodologiques qu'il convient de souligner.

- Tout d'abord, les estimations reposent exclusivement sur l'expertise déclarative des professionnels, en l'absence de données réelles ou objectivées issues du terrain. Les estimations proposées peuvent ainsi refléter des perceptions individuelles, influencées par la pratique locale ou le cadre d'exercice de chaque expert.
- Ensuite, le nombre d'experts mobilisés était limité : pour chaque acte, les estimations proviennent d'au maximum six experts et ce maximum de six experts par discipline n'était pas souvent atteint. Cela s'explique soit par le fait que certains experts n'ont pas remis leur fichier d'estimations soit par le fait que les données transmises n'étaient pas exploitables.
- Enfin, une dernière difficulté concerne la complexité de certaines subdivisions notamment lorsque les actes NPS V0 ont été subdivisés en un grand nombre d'actes NPS V1 ou encore lorsque les subdivisions s'éloignent du libellé NPS V0. Dans ces cas, les experts sont rebutés par la complexité du choix à effectuer et ne fournissent pas d'estimation.

Ces estimations fragmentaires et imprécises ne pourraient être exploitées sans s'entourer de précautions et de réserves.

Il faudrait privilégier un enregistrement de la NPS V1 à réaliser en situation réelle dans plusieurs hôpitaux comme cela a été préconisé dans le rapport de synthèse « classification opérationnelle des actes techniques médico-chirurgicaux (ATMC) » clôturant la phase descriptive (1A et 1.Abis) (août 2024).

4.4.5. Commentaires des répondants aux questionnaires électroniques (QE)

Les spécialistes, ayant participé à l'enquête réalisée par QE pour valider ou modifier les paramètres « durée, complexité et risque », avaient la faculté de formuler des commentaires dans une zone prévue à cet effet.

Plusieurs participants ont usé de cette faculté. Nous estimons utile que l'INAMI, destinataire principal de ce rapport puisse prendre connaissance de ces observations qui, quelquefois, ne traduisent qu'un « ressenti » face à la réforme.

4.4.6. Nouveaux actes et pérennité

Chacun s'accorde à reconnaître qu'une nomenclature médicale (libellés et règles) doit être régulièrement actualisée en raison de la rapidité de l'évolution des techniques diagnostiques et thérapeutiques.

Notons cependant que durant la durée des études (2019-2025), on a pris soin de tenir compte des arrêtés royaux introduisant de nouveaux actes dans la nomenclature.

On a également aidé les spécialistes, qui en faisaient la demande, à documenter de manière aussi complète que possible les dossiers destinés au CTM, compétent pour prendre en considération les demandes de remboursement pour de nouveaux ATMC. A cet effet, on a élaboré et distribué des fiches dont certaines sections permettaient de structurer correctement le libellé du nouvel acte et d'indiquer les estimations de durée, complexité et risque ainsi que les ressources (à la base des frais de fonctionnement) nécessaires à l'exécution de la prestation.