

# Sommaire

1 <sup>re</sup> Partie - Études <sup>1</sup>	151
Organisation et financement des postes de garde de médecine générale en Belgique Développement d'un modèle de financement, par C. Van Loon	152
2 <sup>e</sup> Partie - Évolution de la législation en matière d'assurance soins de santé et indemnités	195
1 <sup>er</sup> trimestre 2013	196
3 <sup>e</sup> Partie - Jurisprudence	215
I. Cour du travail de Bruxelles, 20 juin 2013 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 - Reprise d'une activité non autorisée Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, alinéa 4 - Récupération de l'indu – Prescription quinquennale – Intention frauduleuse	216
II. Cour du travail de Gand, section de Bruges, 12 octobre 2012 Le fait qu'une assurée souffre du SFC, ne signifie pas nécessairement qu'elle répond de ce fait aux conditions prévues par l'article 100, § 1 <sup>er</sup> , de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. C'est donc l'incidence fonctionnelle des plaintes sur la capacité de gain qui permettra de déterminer si l'intéressée peut continuer à être reconnue incapable de travailler. L'affirmation simple de l'assurée, selon laquelle les personnes souffrant du SFC ne sont plus à même de faire des efforts, n'a pas été démontrée et n'est d'ailleurs pas fondée sur le plan scientifique. Le fait que l'expert ait mentionné dans sa requête adressée à la Cour du travail que les séances prévues n'avaient pas eu lieu pour cause de "maladie" (terme placé entre guillemets) dans le chef de l'assurée ne permet pas de conclure à l'absence d'objectivité ou au parti pris de l'expert	223
III. Tribunal du travail de Bruges, 19 décembre 2012 L'expert judiciaire peut être remplacé dès lors que celui-ci communique par courrier qu'il n'est pas en mesure de poursuivre l'expertise, étant donné qu'il pourrait être tenté d'attribuer le même score que lors de sa précédente évaluation de la perte d'autonomie de l'intéressé	225
IV. Cour du travail d'Anvers, section d'Anvers, 11 décembre 2012 Code judiciaire, article 978 – Expertise – Conclusions expert	226

1. Les articles signés n'engagent que leur(s) auteur(s).

V. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 20 décembre 2012 Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Incapacité de travail ad futurum	227
---	-----

## 4<sup>e</sup> Partie - Questions et réponses parlementaires 229

I. Fraude sociale Point central de contact	230
II. Médicaments génériques Utilisation en milieu hospitalier	231

## 5<sup>e</sup> Partie - Données de base 233

I. Statut OMNIO – Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance	234
II. Statut BIM – Moyenne des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> et 6 <sup>o</sup> ) pour l'année 2013	235
III. Statut BIM – Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1 <sup>er</sup> , 5 <sup>o</sup> et 6 <sup>o</sup> ) à partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2013	236
IV. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficiaire d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3 <sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) – Résidents, indexation et moyenne annuelle	237

## 6<sup>e</sup> Partie - Statistiques 239

Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé – 1 <sup>er</sup> trimestre 2013	240
---	-----

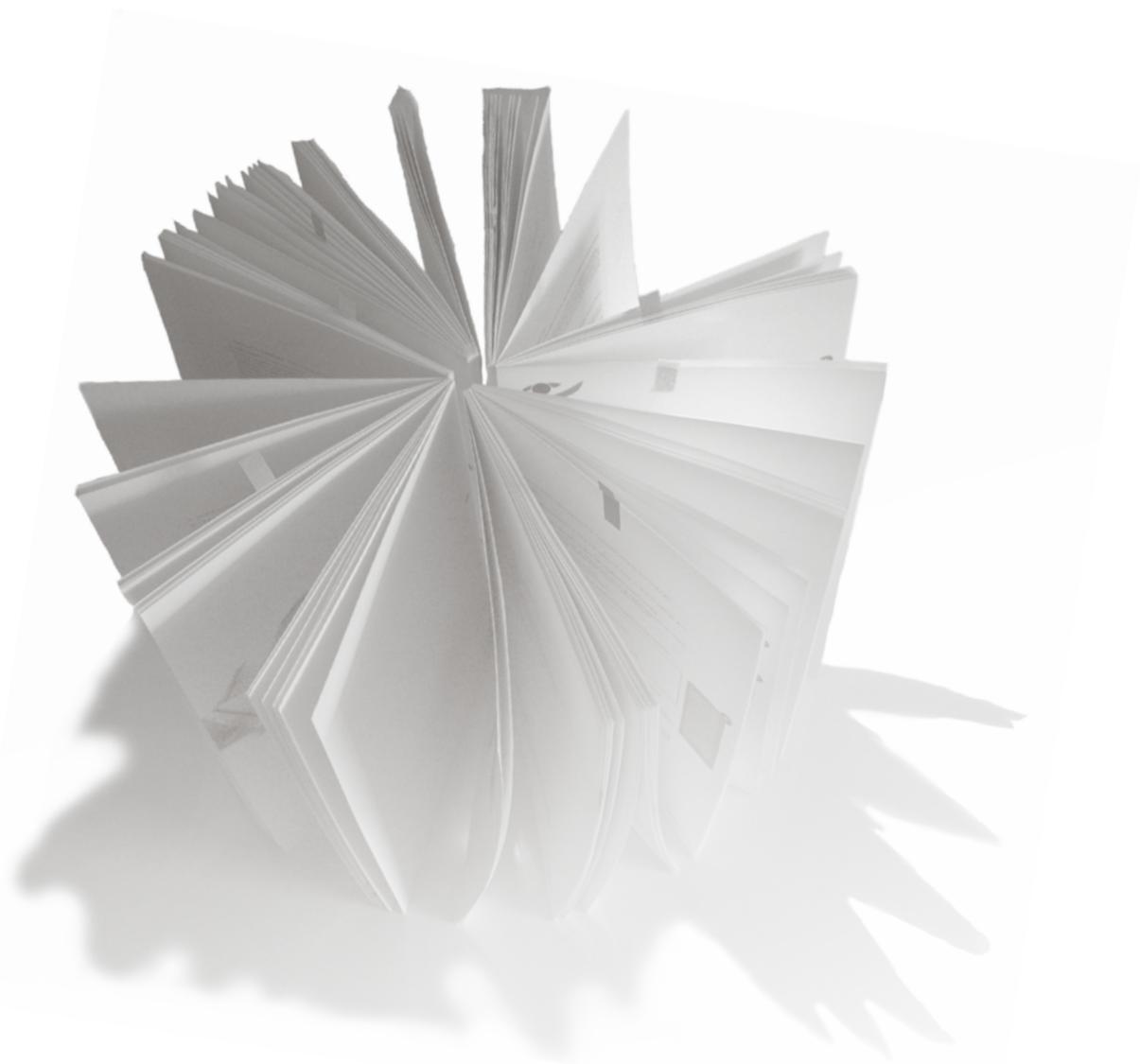
## 7<sup>e</sup> Partie – Bibliographie 261

I. Les soins de santé : bien plus que de la médecine	262
II. European Yearbook of Disability Law – Volume 4	262

## 8<sup>e</sup> Partie - Prix des publications 265

Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014	266
---	-----

# 1<sup>re</sup> Partie Études



# Organisation et financement des postes de garde de médecine générale en Belgique

## Développement d'un modèle de financement

Par C. VAN LOON, attaché auprès du Service des soins de santé

### Introduction

Les postes de garde de médecine générale sont en plein essor en Belgique. S'il n'y avait, en 2003, que quelques projets pilotes qui tentaient de réorganiser localement le service de garde de médecine générale, force est de constater qu'en 2013, l'INAMI finance 60 postes pour un montant total de 13.282.154 EUR. Dans l'ensemble de l'assurance maladie belge, ils ne représentent qu'un secteur restreint, mais cela ne les rend pas moins importants. Les postes de garde de médecine générale ayant un impact direct sur les conditions de travail pendant le service de garde, ils peuvent être considérés comme des instruments importants dans la revalorisation du métier de médecin généraliste. Le service de garde représente un important investissement en temps pour le médecin généraliste et a une influence manifeste sur son vécu professionnel. Les avantages qu'offre un poste de garde pour l'exercice du métier de médecin généraliste sont dès lors à l'origine de la réforme locale du service de garde classique (chapitre I).

En 10 ans, le succès des postes de garde a fait exploser le nombre de projets et les ressources y consacrées par l'assurance maladie. Dans cet intervalle de temps, la gestion du secteur est devenue tout sauf simple. Les décisions en matière de budgets étaient prises au cas par cas sur la base de demandes peu structurées et le rapport financier n'étant pas uniformisé, le fonctionnement des postes de garde manquait de transparence. Les grandes divergences au niveau des modalités de fonctionnement (chapitre II.1) et des dépenses (chapitre II.3) des projets ont elles aussi empêché une prise de décision rapide et univoque. Une bonne gestion des budgets pour les postes de garde requerrait dès lors une communication plus structurée concernant les budgets et dépenses, tant au niveau des postes mêmes que globalement, au niveau du processus décisionnel dans les organes de gestion de l'INAMI (chapitre III).

Ces constatations ont donné lieu au développement d'un nouveau modèle de financement des postes de garde de médecine générale. Des principes de financement standardisés devant garantir un financement transparent et équilibré ont été élaborés sur la base de paramètres objectifs. Les frais de fonctionnement ont été répartis en 5 rubriques et des montants maximums ont été fixés pour chacune d'entre elles (chapitre IV.1). Le modèle est appliqué en trois phases : la première a été mise en oeuvre en 2012, la deuxième en 2013 et la dernière le sera en 2014. Pour 2012 et 2013, l'impact saute immédiatement aux yeux : le modèle de financement a créé une marge budgétaire suffisante, d'une part, pour financer une série de mesures correctives uniques et structurelles relatives aux frais de fonctionnement des postes de garde existants et, d'autre part, pour supporter les frais d'investissements et de fonctionnement de trois nouveaux projets.

La réforme du financement des postes de garde vient tout juste de commencer avec la deuxième phase. Depuis sa première application, plusieurs modifications ont déjà été apportées au modèle et d'autres suivront probablement encore. Une question importante dans ce contexte est la suivante : dans quelle mesure les éventuelles adaptations devront/pourront tenir compte des modèles alternatifs de réorganisation du service de garde ? Il faudra également trouver une solution pour les frais d'investissements réservés à la mise en place du poste de garde de médecine générale, frais qui, à l'heure actuelle, continuent d'être évalués au cas par cas (chapitre IV.2). En outre, un alignement avec d'autres sources de financement s'impose pour que la politique puisse s'appuyer sur une vision intégrale qui tienne compte de l'ensemble des ressources disponibles. Dans ce contexte, il est intéressant de voir dans quel sens le secteur se développera, suivant les trois tables rondes consacrées à la continuité des soins en médecine générale, organisées pour la Flandre, la Wallonie et Bruxelles par la ministre Onkelinx à la mi-2013 et la présentation du "Plan de gardes de médecine générale".

## I. Bref historique des postes de garde de médecine générale

### 1. Le poste de garde de médecine générale, une réorganisation du service de garde classique

Le système de garde classique belge de première ligne est le système des médecins de garde. Les médecins généralistes s'organisent entre eux pour garantir à tous les habitants d'une zone donnée, via un tour de rôle, la continuité des soins pendant les week-ends, les jours fériés, et les heures du soir et de la nuit en semaine. L'organisation de ces services de garde est confiée aux cercles de médecins généralistes.

Les cercles de médecins généralistes sont des asbl locales de praticiens qui sont actifs dans une zone géographique bien déterminée. Les deux principales missions des cercles de médecins généralistes sont l'organisation du service de garde et la représentation locale des médecins généralistes<sup>1</sup> (Maroy, 2008). Les membres de la direction de ces asbl sont, par conséquent, les personnes de contact des médecins généralistes, d'autres dispensateurs de soins et des hôpitaux de la zone concernée. Les cercles sont le partenaire privilégié des autorités pour la réalisation de projets de santé locaux auxquels sont associés les médecins généralistes.

En organisant le service de garde, les cercles offrent un service important à la population belge. Les médecins généralistes sont légalement obligés de participer au service de garde organisé. La participation au service de garde est une obligation déontologique explicitement mentionnée dans le code de déontologie de l'Ordre des médecins<sup>2</sup>. Elle constitue, en outre, une des conditions majeures pour le maintien de l'agrément de médecin généraliste<sup>3</sup>.

Le service de garde classique présente toutefois un certain nombre d'inconvénients. Pendant son service de garde, le médecin généraliste travaille seul dans son propre cabinet, avec son propre matériel. Souvent, cela signifie que la famille du médecin généraliste est également de garde.

1. A.R. du 08.07.2002.

2. <http://www.ordomedic.be/fr/code/contenu/>

3. [www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Accessandpracticeoftheprofessi/Maintainingtherecognition/index.htm?fodnlang=fr](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Accessandpracticeoftheprofessi/Maintainingtherecognition/index.htm?fodnlang=fr).

En effet, le médecin généraliste peut être appelé à toute heure de la nuit et il n'est pas rare, pendant le week-end, que ce soit son/sa conjoint(e) qui assure l'accueil. Compte tenu de ce qui précède, ce sont surtout les jeunes médecins et les femmes médecins qui aspirent à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle : "moins d'heures de travail, plus de temps libre pour la famille et la vie sociale" (Van de Meulebroeke, 2002). Le médecin généraliste effectue les visites à domicile avec sa voiture personnelle, ce qui peut parfois donner lieu à des situations d'insécurité lorsqu'il ou elle doit répondre à un appel de nuit, en terrain inconnu. Ceci explique pourquoi de nombreux médecins éprouvent un sentiment d'insécurité dans l'exercice de leur profession, surtout la nuit, lors de visites à domicile et dans les grandes villes (Philips, 2010). Pour certains médecins généralistes, les inconvénients du service de garde classique sont à ce point prépondérants que la participation au service de garde organisé leur pose problème.

Le poste de garde de médecine générale est une forme de réorganisation du service de garde où les soins de première ligne qui sont dispensés dans une zone particulière en dehors des heures régulières sont centralisés dans un poste équipé sur le plan médical. Un tel service de garde centralisé offre un certain nombre d'avantages par rapport au service de garde classique.

Pensons avant tout aux meilleures conditions de travail pendant le service de garde. Le médecin de garde y est la plupart du temps assisté par du personnel d'accueil et des chauffeurs. Il a également la possibilité de travailler dans une infrastructure bien équipée. Le fonctionnement quotidien d'un poste de garde est généralement confié à un coordinateur qui, éventuellement secondé par un assistant administratif, suit le planning du service de garde, assure l'administration, l'enregistrement et le compte rendu externe, et résout, le cas échéant, les problèmes d'ordre non médical avant, pendant et après la garde.

L'installation d'un poste de garde a, en outre, des effets positifs sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle (Giesen, Huibers, & Wensing, 2010). Le nombre de gardes et la durée des gardes par médecin généraliste diminuent généralement grâce à l'agrandissement d'échelle qui va de pair avec un poste de garde. Un logiciel spécialisé pour la répartition des gardes et un coordinateur qui assure le suivi horaire permettent en outre d'organiser des services de garde flexibles.

Pour certains cercles, la réorganisation en un poste de garde de médecine générale permet, en outre, de faire face aux problèmes dus aux nombreux départs à la retraite de médecins généralistes et à l'apport insuffisant de sang frais. Ce sont surtout les services de garde en régions rurales qui sont menacés par cette évolution (Jonckheer, et al., 2011). La présence d'un poste de garde peut inciter de jeunes médecins à venir s'installer dans une région donnée.

Enfin, la sécurité des médecins est renforcée par la présence de personnel pendant les consultations et par l'accompagnement par un chauffeur lors de visites à domicile. Une attention particulière est prêtée à la sécurité dans le poste de garde même, grâce à la surveillance par caméras, à un accès sécurisé au bâtiment, etc.

Nous pouvons dès lors affirmer que les postes de garde de médecine générale constituent un instrument important dans le soutien et la revalorisation du métier de médecin généraliste.

## 2. Cadre légal

De 2003 à 2006, les postes de garde de médecine générale étaient financés dans le cadre de conventions conclues avec le Comité de l'assurance en vertu de l'article 56 de la loi SSI<sup>4</sup> (A.R. du 16.01.2003).

4. Loi SSI.

En vertu de cet article, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions de financement à durée déterminée pour des projets de soins de santé à caractère expérimental. Les charges financières sont imputées aux frais d'administration du Service des soins de santé de l'INAMI.

De 2006 à 2011, le financement des postes de garde implantés dans les grandes villes (dans la Région de Bruxelles-Capitale et dans les communes flamandes et wallonnes de plus de 150.000 habitants) était réglé par l'arrêté royal du 13 janvier 2006 (M.B. du 21.02.2006). Les conventions étaient conclues directement avec le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Les charges financières demeuraient à charge de l'assurance maladie.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, toutes les conventions de financement des postes de garde de médecine générale (projets expérimentaux et grandes villes) sont conclues entre les cercles de médecins généralistes et le Comité de l'assurance, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM). Le nouveau financement repose désormais sur l'article 22, 6°, de la loi SSI. Le but est d'arriver à une meilleure harmonisation des conditions de financement des postes de garde de médecine générale.

## II. Les postes de garde en chiffres et en images

Avant de détailler le nouveau modèle de financement, nous donnons, dans ce chapitre, un aperçu des principales caractéristiques des postes de garde de médecine générale, de leur implantation géographique et de leurs frais de fonctionnement. Les différences sur le terrain, qui ont rendu le développement de ce modèle indispensable, apparaîtront directement.

Nous nous basons essentiellement sur les résultats d'une enquête que l'INAMI a réalisée en 2011 auprès des 27 postes de garde qui étaient opérationnels à l'époque<sup>5</sup>. L'enquête a permis de rassembler de manière structurée des informations sur les caractéristiques spécifiques des projets et des dépenses pour l'exercice 2010. Tous les postes de garde ont renvoyé leur formulaire de réponse. Les projets à Gand (3 postes de garde) et à La Louvière-Binche (2 postes de garde) n'ont communiqué que des données cumulées, aucun résultat par poste de garde. Dans le présent mémoire, on entend par "projets", les données cumulées pour Gand et La Louvière-Binche (N=24), et par "postes de garde" chaque poste individuel (N=27).

Les résultats de l'enquête ont par ailleurs été complétés par les données de 13 postes de garde qui, à l'époque de l'enquête en 2011, ont introduit un dossier de demande valable auprès de l'INAMI. Ces postes de garde bénéficient d'un financement de l'INAMI depuis 2011-2012. Les données financières concernant ces postes de garde ne constituent pas de dépenses réelles mais des estimations, étant donné que seul un dossier de demande était disponible en 2011.

Enfin, nous tenons également compte, dans la description des caractéristiques des projets au chapitre II.1, de deux postes de garde qui sont financés par l'INAMI depuis 2012. Nous n'en tenons toutefois pas compte dans la description des frais de fonctionnement au chapitre II.3<sup>6</sup>.

5. Un projet a également été financé à Borsbeek-Wommelgem entre 2005 et 2012. Ce projet ne fait toutefois pas partie des 27 postes précités et n'est pas concerné par les analyses.

6. En effet, les frais de fonctionnement de ces projets sont d'emblée liés aux principes de standardisation qui seront abordés plus loin dans ce mémoire. Les frais de fonctionnement réels et les frais de fonctionnement estimés des autres projets n'étaient pas encore liés à ces principes.

Pour les projets qui ont conclu une convention avec le Comité de l'assurance dans le courant de 2013, seule l'implantation géographique est présentée (chapitre II.2). On ne parle pas de ces projets aux chapitres II.1 et II.3.

Sur la base de la dernière convention conclue avec les postes de garde, nous avons pu déduire la zone d'activité, l'implantation géographique et les heures d'ouverture des projets de postes de garde. Les calculs relatifs à l'étendue de leur zone d'activité et à leur nombre d'habitants (au 01.01. 2008) sont basés sur les données de la Direction générale Statistique du SPF Économie.

## 1. Caractéristiques des postes de garde

### 1.a. Étendue de la zone d'activité et nombre d'habitants

L'étendue de la zone d'activité et le nombre d'habitants couverts par chaque poste de garde varient fortement (tableau 1).

La superficie moyenne de la zone d'activité des projets est de 343,26 km<sup>2</sup> (écart type = 339,67). La plus petite superficie est de 14,31 km<sup>2</sup> ; la plus grande de 1.186,66 km<sup>2</sup>. La moitié des projets couvrent une superficie égale ou inférieure à 200,88 km<sup>2</sup>.

En moyenne, les projets organisent une garde pour 127.937 habitants (écart type = 86.585). Le plus petit nombre d'habitants s'élève à 24.438; le plus grand nombre d'habitants à 438.901. La moitié des projets assurent un service de garde pour 107.519 habitants ou moins.

La combinaison des deux paramètres précités permet de calculer la densité de la population. Le poste de garde moyen compte 1.573 habitants par km<sup>2</sup> (écart type = 2.416). Le projet avec la plus faible densité de population contraste fortement avec celui avec la plus forte densité de population : 37 habitants/km<sup>2</sup> contre 8.728 habitants/km<sup>2</sup>. La moitié des projets concernent une densité de population égale ou inférieure à 472 habitants par km<sup>2</sup>.

Pour chaque projet, nous devons toujours tenir compte de ces trois paramètres. Le projet avec la plus petite superficie (14,31 km<sup>2</sup>) est caractérisé par un nombre d'habitants moyen (124.891) et la plus forte densité de population (8.728 habitants/km<sup>2</sup>). Le poste de garde avec la plus faible densité de population (37 habitants/km<sup>2</sup>) présente une grande superficie (946,74 km<sup>2</sup>), mais un petit nombre d'habitants (35.059). Un autre poste de garde présente à la fois une grande superficie (748,23 km<sup>2</sup>) et un grand nombre d'habitants (438.901) et a, par conséquent, une densité de population (587) proche de la médiane. Si on ne prend qu'un seul paramètre en considération, on obtient une image faussée du projet.

**Tableau 1 : Ventilation de l'étendue de la zone d'activité, du nombre d'habitants et de la densité de la population des postes de garde**

	N	Moyenne	Écart type	Min.	Q1	Médiane	Q3	Max.
Superficie	39	343,26	339,67	14,31	122,79	200,88	411,78	1.186,66
Habitants	39	127.937	86.585	24.438	66.300	107.519	147.563	438.901
Densité	39	1.573	2.416	37	213	472	1.300	8.728

## 1.b. Consultations et visites à domicile

Pour 24 projets, le nombre de consultations et de visites à domicile en 2010 est connu<sup>7</sup>. Le tableau 2 contient quelques mesures de dispersion qui reflètent une fois de plus la grande variabilité existant parmi les postes de garde.

Le nombre absolu de consultations et de visites à domicile n'est pas très révélateur puisque l'étendue des zones d'activité et le nombre d'habitants par poste de garde varient fortement. Une comparaison est cependant possible sur la base du nombre de contacts par 100.000 habitants. La moitié des postes de garde traitent annuellement 6.174 contacts par 100.000 habitants ou moins. La différence entre le poste de garde ayant la plus faible activité et celui ayant la plus grande activité est considérable : 556 contacts par 100.000 habitants contre 14.115 contacts par 100.000 habitants.

Le pourcentage de consultations au sein d'un poste de garde par rapport au pourcentage de visites à domicile varie également fortement. Pour la moitié des postes de garde, 28 % ou moins des contacts concernent une visite à domicile. Ce chiffre contraste fortement avec celui du poste de garde qui effectuait le plus grand pourcentage de visites à domicile en 2010, notamment 89 %.

**Tableau 2 : Ventilation du nombre de contacts-patients, de consultations et de visites à domicile**

	N	Min.	Q1	Médiane	Q3	Max.
Nombre total de contacts	24	1.457	5.837	8.287	9.959	19.468
Nombre de consultations	24	770	3.383	5.305	7.210	15.687
% de consultations	24	11	61	72	82	100
Nombre de visites à domicile	24	0	1.066	2.123	3.721	8.806
% de visites à domicile	24	0	18	28	39	89
Nombre de contacts par 100.000 habitants	24	556	4.418	6.174	7.962	14.115

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer le rapport consultations/visites à domicile. Outre l'étendue de la zone d'activité, le nombre d'habitants et la densité de la population, l'accessibilité au poste de garde, ses heures d'ouverture, le nombre d'heures réservé à une garde mobile, la proximité d'un d'hôpital et la date de création du poste de garde jouent également un rôle. En ce qui concerne ce dernier facteur, plusieurs projets signalent en effet que le pourcentage de visites à domicile diminue à mesure que le poste de garde compte d'années d'activité dans la région et que sa notoriété croît. De plus, la plupart des postes de garde encouragent systématiquement leurs patients à se rendre eux-mêmes autant que possible au poste de garde. Dans la pratique, cette tendance est perçue comme une amélioration de la qualité, tant pour les médecins généralistes que pour les patients (Cabus & Vanobbergen, 2011).

## 1.c. Heures d'ouverture

La plupart des postes de garde ne sont ouverts que les week-ends et les jours fériés. Le week-end commence le vendredi soir, à partir de 19 heures, et se termine le lundi matin, à 8 heures (= 61 heures d'ouverture). Un peu plus de la moitié des postes de garde (54,76 %) sont ouverts de 60 à 61 heures par week-end en 2010. 25 % d'entre eux sont ouverts pendant minimum 4 heures et maximum 33 heures par week-end. 73,81 % d'entre eux effectuent des visites à domicile à raison de 60 à 61 heures par week-end. La plupart des postes de garde assurent des visites à domicile pendant leurs heures d'ouverture. Ce n'est toutefois pas nécessairement le cas de tous les postes de garde.

7. Les 3 postes de garde de Gand et les 2 postes de garde de La Louvière-Binche n'ont rapporté que des données cumulées. Ils ne comptent donc, à chaque fois, que pour 1 projet. 15 autres projets n'étaient pas encore actifs en 2010.

À Bruxelles par exemple, aucune visite à domicile n'est effectuée à partir des postes de garde.

Les jours fériés commencent à partir de 19 heures la veille d'un jour férié et se terminent à 8 heures le lendemain du jour férié (= 37 heures). 50 % des postes de garde sont ouverts les jours fériés à raison de 36 ou 37 heures, et un même pourcentage effectuée des visites à domicile durant ces heures.

Certains postes de garde ouvrent également leurs portes le soir en semaine ou effectuent des visites à domicile le soir et la nuit à partir du poste de garde. Deux postes de garde bruxellois accueillent également des patients pendant la journée en semaine, de 9 heures à 23 heures. Il va sans dire qu'une activité de jour effectuée en semaine ne peut être considérée comme un service de garde et ne peut, par conséquent, pas être financée dans le cadre des postes de garde (voir aussi chapitre IV.1.a). Un poste de garde affirme organiser une "garde" mobile, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Dans ce cas-ci aussi, les heures prestées pendant la journée ne peuvent être considérées comme un service de garde.

Tableau 3 : Ventilation des heures d'ouverture et des heures de garde mobile en semaine et pendant le week-end

	N <sup>8</sup>	Min.	Q1	Médiane	Q3	Max.
Heures d'ouverture en semaine	42	0	0	0	0	66
Heures d'ouverture les week-ends	42	4	33	60	60	61
Heures d'ouverture les jours fériés	42	2	14	36	37	38
Heures de garde mobile en semaine	42	0	0	0	1	107
Heures de garde mobile les week-ends	42	0	51	60	61	61
Heures de garde mobile les jours fériés	42	0	28	36	37	38

#### 1.d. Nombre de médecins

Le nombre de médecins généralistes qui participent aux projets de services de garde s'élève en moyenne à 94 (écart type = 73). La moitié des projets comptent 83 médecins généralistes ou moins qui y participent. 400 médecins généralistes sont actifs dans le poste de garde qui assure le plus grand service de garde. C'est dix-sept fois le nombre de médecins généralistes actifs dans le poste de garde avec le plus petit service de garde (23). 25 % des projets organisent un service de garde avec 46 médecins généralistes ou moins.

Le nombre de médecins qui participent au service de garde constitue une donnée importante parce qu'un corps médical en "déperdition" est souvent une raison pour un cercle de médecins généralistes de créer un poste de garde. Via un agrandissement d'échelle et un service de garde centralisé, on espère conserver suffisamment de médecins de garde et attirer de nouveaux confrères. Dans certains projets, très peu de médecins généralistes restent malgré tout disponibles pour la garde, ce qui n'allège pas la charge de travail (voir chapitre III.2).

Tableau 4 : Ventilation du nombre de médecins de garde par projet

	N	Moyenne	Écart type	Min.	Q1	Médiane	Q3	Max.
Nombre de médecins	38	94	73	23	46	83	110	400

8. Pour les projets à Gand et à La Louvière-Binche, les heures d'ouverture et les heures de garde mobile ont été calculées par poste de garde.

## 1.e. Infrastructure

Outre la superficie totale du bâtiment qui abrite le poste de garde, nous avons demandé, pour chaque projet, la superficie totale de la salle d'attente, des cabinets de consultation et du secrétariat/accueil. Ces pièces peuvent être considérées comme l'espace "essentiel" dont a besoin un poste de garde pour pouvoir exécuter ses activités. Dans certains cas, la superficie de l'ensemble du bâtiment est en effet nettement supérieure à celle de l'espace purement fonctionnel, d'autres organisations y étant abritées ou des activités sans aucun rapport avec les postes de garde y étant organisées. L'exemple le plus parlant est un poste de garde dont l'espace essentiel occupe une superficie de 133 m<sup>2</sup>, alors que le bâtiment occupe, lui, une superficie totale de 1.640 m<sup>2</sup>. La superficie totale du bâtiment peut donc donner une image faussée, ce qui se remarque aussi aux importants écarts qui existent entre les projets.

En ce qui concerne la surface essentielle, la prudence est toutefois également de mise étant donné qu'elle constitue, par définition, une sous-estimation de la surface utile que le poste de garde occupe quotidiennement. Les toilettes, les couloirs, la cuisine... ne font pas partie de la surface essentielle, mais font bien sûr partie intégrante des postes de garde concernés.

Le tableau 5 présente les résultats de 37 projets. Le projet à Gand a communiqué la superficie totale de ses trois bâtiments. Les deux postes de garde de La Louvière-Binche ont fait de même. Nous pourrions diviser les superficies communiquées par le nombre de postes de garde pour obtenir ainsi une superficie fictive par poste de garde, ce que nous n'allons pas faire dans le cadre du présent mémoire. Trois postes de garde n'ont communiqué que la surface essentielle. La valeur manquante pour le calcul de la superficie totale a, en l'occurrence, été remplacée par la surface essentielle. Un poste de garde n'a communiqué que la superficie totale du bâtiment. La valeur manquante pour le calcul de la surface essentielle a été remplacée par la superficie totale.

La moitié des postes de garde occupent un bâtiment de 154 m<sup>2</sup> ou moins ; 25 % occupent un bâtiment de plus de 234 m<sup>2</sup>. Le plus petit bâtiment a une superficie de 40 m<sup>2</sup> ; le plus grand une superficie de 1.640 m<sup>2</sup>. Le plus petit espace essentiel occupe 40 m<sup>2</sup> ; le plus grand 458 m<sup>2</sup>. 75 % des postes de garde ont un espace essentiel de 150 m<sup>2</sup> ou moins. 83,78 % des postes de garde disposent de trois cabinets de consultation ou moins. Le nombre maximum de cabinets de consultation doit être imputé aux trois postes de garde à Gand. Ceux-ci totalisent en effet 7 cabinets de consultation.

**Tableau 5 : Ventilation de la superficie totale du poste de garde, de l'espace "essentiel" et du nombre de cabinets de consultation, avec imputation**

	N	Moyenne	Écart type	Min.	Q1	Médiane	Q3	Max.
Superficie totale du bâtiment en m <sup>2</sup>	37	246	341	40	102	154	234	1.640
Superficie de la salle d'attente + des cabinets de consultation + du secrétariat/accueil en m <sup>2</sup>	37	120	79	40	65	101	150	458
Nombre de cabinets de consultation	37	3	1	1	2	3	3	7

### 1.f. Coordination et soutien administratif

L'organisation quotidienne d'un service de garde, et plus particulièrement dans le cas d'un poste de garde, engendre toute une série de tâches logistiques, administratives et de gestion. Une grande partie de ces tâches peuvent être déléguées à la direction du cercle de médecins généralistes. Aucune expertise médicale n'est requise pour organiser les gardes, prendre contact avec les fournisseurs, faire rapport à l'INAMI ou gérer le personnel d'accueil. C'est la raison pour laquelle plusieurs postes de garde ont engagé un coordinateur et/ou un collaborateur administratif chargé(s) d'accomplir ce genre de tâches. Cette organisation du travail offre un double avantage. Le coordinateur et le collaborateur administratif deviennent, à terme, les personnes de contact centrales et expérimentées des médecins généralistes, de la direction du cercle de médecins généralistes et de l'administration publique. Déchargés de certaines tâches administratives, les membres de la direction et les médecins généralistes du cercle de médecins généralistes peuvent, en outre, davantage se consacrer à leur activité principale, c'est-à-dire à la médecine générale.

Il n'est bien sûr pas possible de déléguer tous les aspects de l'organisation d'un service de garde à un coordinateur ou à un collaborateur administratif. La direction du poste de garde endosse pour le moins la responsabilité finale du projet. L'engagement ou l'intervention de la direction est également indiqué(e) dans le traitement des plaintes émanant de patients ou de médecins généralistes.

Tous les postes de garde ne travaillent pas avec un coordinateur et/ou un collaborateur administratif, loin s'en faut ! Certains postes de garde confient les tâches administratives au personnel d'accueil par exemple. Le coordinateur n'est pas non plus un travailleur salarié dans tous les postes de garde. Il existe des postes de garde où c'est la direction du cercle de médecins généralistes ou des groupes de médecins généralistes qui assument les tâches logistiques, administratives et de gestion. Dans certains cas, cette organisation du travail s'est développée au fil du temps : dès le commencement du projet, on a travaillé de la sorte et la situation s'est perpétuée d'année en année. Dans d'autres cas, les postes de garde permettent aux médecins généralistes de donner une nouvelle impulsion à leur vie professionnelle, par exemple à la fin de leur carrière professionnelle. Enfin, il y a aussi des projets qui prétendent que seuls les médecins généralistes sont à même de coordonner un poste de garde. Ils estiment que (quasi) aucune des tâches précitées ne peut être déléguée à un travailleur salarié qui ne soit pas médecin.

### 1.g. Accueil

Tous les postes de garde travaillent avec du personnel d'accueil. La nature de l'emploi, le taux d'occupation et les tâches à effectuer par le personnel d'accueil varient d'un poste de garde à l'autre.

Certains postes de garde n'emploient que du personnel intérimaire. Cette formule permet une grande flexibilité. La gestion du personnel est en grande partie assurée par l'agence d'intérim. Celle-ci veille en principe à ce que du personnel d'accueil soit toujours disponible, également lorsqu'un membre de l'accueil doit être remplacé pour cause de maladie. S'il le souhaite, le poste de garde peut également lui confier le recrutement du personnel d'accueil<sup>9</sup>. L'inconvénient de cette formule est qu'elle est généralement plus chère que l'embauche de personnel d'accueil par le poste de garde lui-même.

9. Le poste de garde peut aussi choisir d'organiser lui-même une procédure de sélection, après quoi les candidats sélectionnés se voient proposer un contrat d'intérim via l'agence d'intérim. Cela permet de limiter les frais mensuels que le poste de garde est tenu de payer à l'agence d'intérim.

Hormis les agences d'intérim classiques, il existe aussi des services spécialisés sur le marché qui se vouent au secteur médical. Pensons par exemple à MEMO et Télépronam. Soit l'accueil du poste de garde est assuré par des agents spécialisés qui demeurent au service de la société externe, soit les appels sont traités dans des plages horaires fixes, par le télésecrétariat<sup>10</sup> de ces services spécialisés.

L'engagement de personnel d'accueil salarié par le poste de garde lui-même offre non seulement l'avantage d'être moins cher, mais permet aussi d'avoir une plus grande stabilité et de maîtriser les coûts. Le poste de garde a une vision précise de ce qu'il paie pour son personnel et en a la maîtrise. Hormis les cas particuliers où un membre du personnel d'accueil ne fonctionne pas correctement, la rotation du personnel est généralement aussi moins importante. Une équipe performante et professionnelle, familiarisée avec le fonctionnement du poste de garde, peut ainsi être mise en place moyennant la formation nécessaire. L'inconvénient est que le coordinateur et/ou la direction doivent investir davantage de leur temps. Une partie de la charge administrative plus lourde, telle que le calcul des salaires, est assumée par un secrétariat social.

Certains postes de garde travaillent à la fois avec du personnel d'accueil salarié et un pool de travailleurs intérimaires pour pouvoir remplacer un collaborateur permanent malade ou en congé. Ces postes de garde combinent ainsi les avantages des deux formules.

Outre le type de contrat du collaborateur d'accueil, le taux d'occupation est également une donnée qui varie d'un poste de garde à l'autre. Les postes de garde présentent en effet des divergences au niveau du nombre d'heures d'ouverture en semaine, les week-ends et les jours fériés (voir chapitre II., 1., c). De plus, dans certains postes de garde, le collaborateur d'accueil n'est pas présent durant toute la période d'ouverture : dans certains cas, les appels et les visites de nuit sont pris en charge par un chauffeur ; dans d'autres, c'est un télésecrétariat médical qui gère les appels et c'est le médecin de garde lui-même qui accueille les patients. Dans d'autres postes encore, plusieurs collaborateurs d'accueil sont présents aux heures de pointe de la journée.

Enfin, les tâches mêmes des collaborateurs d'accueil varient. Comme déjà évoqué au chapitre II.1.e., certains collaborateurs d'accueil effectuent également des tâches administratives pendant leurs heures de travail. Deux projets emploient des praticiens de l'art infirmier qui assurent entièrement ou partiellement l'accueil et qui offrent, en outre, un soutien paramédical aux médecins généralistes.

## 1.h. Transport

Le transport constitue une partie essentielle du projet pour la plupart des postes de garde de médecine générale. Cela n'a rien d'étonnant vu le sentiment d'insécurité qui existe chez de nombreux médecins généralistes lorsqu'ils effectuent des visites à domicile, surtout la nuit et dans les grandes villes (voir chapitre I.1). Seuls les quatre postes de garde bruxellois n'effectuent pas de visites à domicile. Les autres postes de garde organisent le transport des médecins au domicile du patient des trois manières suivantes.

Dans 8 projets sur 39, les médecins généralistes se déplacent uniquement au moyen de leur voiture personnelle. Parfois, ils y sont aidés par un service externe qui assure le dispatching. L'essence et les frais d'entretien sont pris en charge par les médecins généralistes eux-mêmes ou sont remboursés sur la base d'un montant fixe par kilomètre.

10. Permanence téléphonique sans la présence d'un collaborateur dans le poste de garde.

10 projets assurent tous les déplacements au moyen d'une ou de plusieurs voitures appartenant au poste de garde ou louées en crédit-bail. Les chauffeurs au service du poste de garde conduisent le médecin généraliste au domicile du patient. L'essence et les frais d'entretien sont supportés par le poste de garde. Les voitures sont généralement bien équipées : terminal de paiement mobile permettant au médecin généraliste d'avoir le moins d'argent liquide possible en poche ; GSM et kit mains libres permettant au chauffeur de recevoir des appels pour des visites à domicile ; ordinateur portable et Internet mobile permettant au médecin généraliste d'introduire des rapports quand il est en voiture et kit médical du poste de garde permettant au médecin généraliste de ne pas toujours devoir utiliser son propre matériel. Le logo du poste de garde est souvent apposé sur la carrosserie extérieure de la voiture pour qu'il soit facilement reconnaissable.

La société de transport externe constitue le troisième mode de transport dont font exclusivement usage 12 projets. Il peut s'agir d'une société de taxi à laquelle fait appel le médecin généraliste lorsqu'il ou elle doit effectuer une visite à domicile ou de sociétés à vocation commerciales ou non, spécialisées dans le transport médical. Ces sociétés spécialisées mettent - durant un nombre d'heures bien déterminé - une ou plusieurs voitures avec chauffeur à la disposition du poste de garde. Un prix unitaire par heure est calculé sur la base du nombre moyen de kilomètres à parcourir par mois. Les postes de garde paient un supplément pour les heures de nuit<sup>11</sup> et en cas de dépassement du nombre moyen de kilomètres pour un mois donné. Tous les ans, le prix est automatiquement indexé.

Le prix unitaire par heure d'une société externe varie également en fonction du type de contrat. Le premier type de contrat est utilisé dans le cadre d'une "garde dormante" : le chauffeur dort chez lui ou dans un local prévu à cet effet et on l'appelle si nécessaire. En cas d'appel, le chauffeur doit normalement être disponible dans les 10 minutes suivant l'appel.

Le deuxième type de contrat est utilisé dans le cadre d'une "garde sur place" : le chauffeur reste la nuit au poste de garde et demeure éveillé pour répondre aux appels. Le chauffeur est donc toujours tout de suite disponible.

Le premier type de contrat est financièrement plus avantageux que le second, mais les conditions de travail applicables à chaque type de contrat restent sujettes à interprétation. Nous y reviendrons plus tard au chapitre IV.1.d.

Les 5 projets restants combinent les trois modes de transport précités. Ainsi, dans un des projets, les médecins généralistes utilisent leur voiture personnelle en journée et font appel la nuit à une société externe qui met une voiture et un chauffeur à leur disposition. Pour accroître davantage encore la diversité, il y a des postes de garde qui emploient non pas une voiture avec chauffeur, mais deux voitures avec chauffeur en journée ou pendant tout le week-end.

Outre le transport de médecins au domicile du patient, trois projets prévoient également une sorte de transport de patients. Cette prestation de services semble plutôt limitée si on peut en croire les rapports des postes de garde. Ces "taxis sociaux" n'existent qu'en Wallonie. Ils visent essentiellement les patients plus âgés et les personnes handicapées qui se déplacent difficilement ou qui sont incapables de se déplacer de manière autonome et qui doivent parfois parcourir de longues distances pour arriver au poste de garde.

11. La manière dont le prix unitaire est calculé dans ce genre de contrats n'est généralement pas claire. Le mode de calcul des suppléments pour les heures de nuit est également sujet à discussion. Il ne s'agit pas d'un prix unitaire adapté mais d'"heures supplémentaires" à porter en compte.

## 2. Carte géographique des postes de garde de médecine générale

### 2.a. Implantation

Depuis octobre 2013, l'INAMI gère 56 conventions pour le financement de 60 postes de garde de médecine générale<sup>12</sup>. 17 de ces projets ont conclu une convention avec le Comité de l'assurance dans le courant de 2013. 25 postes sont implantés en Flandre, 31 en Wallonie et 4 dans la Région de Bruxelles-Capitale. En termes de superficie, ces postes couvrent 57,11 % du territoire belge, ce qui correspond à 58,93 % de la population belge<sup>13</sup>. Au moment de la rédaction de ce mémoire, des demandes pour 6 autres postes de garde sont en cours de traitement. Ces demandes concernent 5 postes de garde en Flandre et 1 poste de garde en Wallonie. La réalisation de ces 9 demandes permettrait de couvrir une superficie supplémentaire d'environ 1.391,57 km<sup>2</sup>, ce qui – avec les postes de garde existants – permettrait de couvrir au total 61,67 % du territoire belge. Cela correspond à 63,88 % de la population belge. Le tableau 6 présente les chiffres par province pour les postes de garde existants et les postes de garde candidats.

L'illustration 1 présente pour 2013 le lieu et la zone d'activité des postes de garde existants et des postes de garde candidats ainsi que l'emplacement des hôpitaux pourvus d'un service d'urgence. 32 postes de garde (53 %) sont implantés à vol d'oiseau à moins d'un kilomètre de l'hôpital le plus proche. 18 postes de garde (30 %) sont situés entre 1 et 10 km de l'hôpital le plus proche et 5 le sont à plus de 10 km.

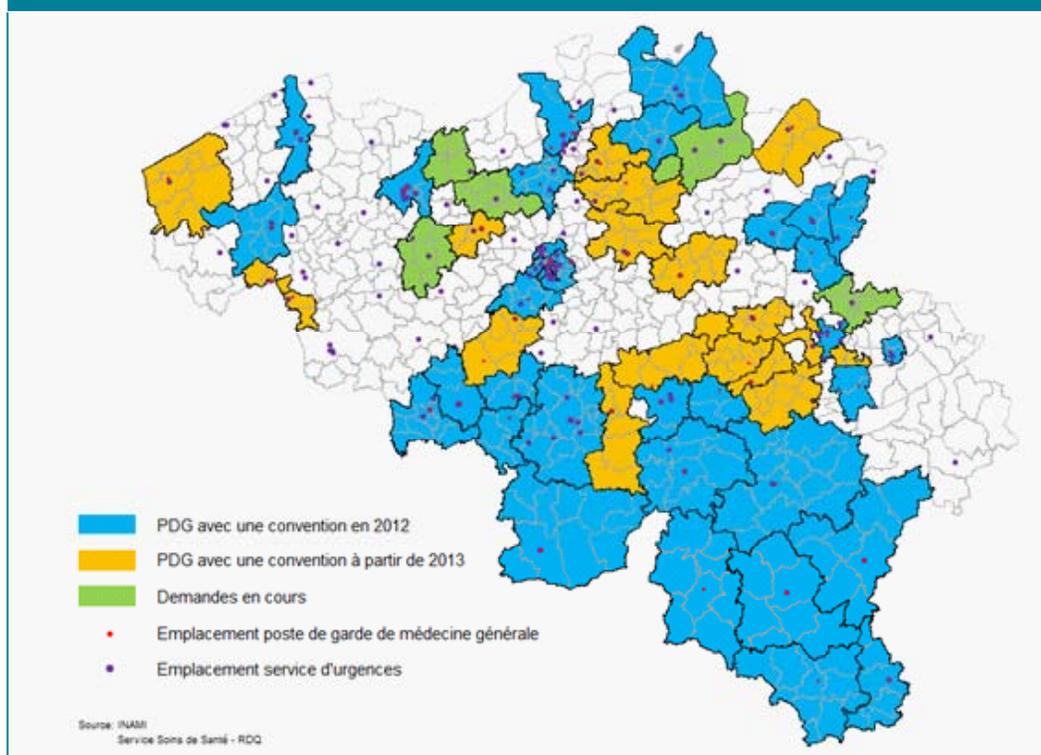
Tableau 6 : Nombre de postes de garde, % du territoire et % d'habitants couverts, par province

	PMG existants			PMG existants et nouveaux PDG		
	Nombre de postes <sup>12</sup>	% du territoire	% d'habitants	Nombre de postes	% du territoire	% d'habitants
Anvers	9	61,62	67,28	11	76,65	75,34
Brabant Wallon	1	11,86	13,09	1	11,86	13,09
Bruxelles-Capitale	4	100,00	100,00	4	100,00	100,00
Hainaut	8	65,53	79,07	8	65,53	79,07
Liège	11	35,62	56,79	12	39,87	63,31
Limbourg	5	43,96	50,73	5	46,05	51,24
Luxembourg	5	96,85	97,20	5	96,85	97,20
Namur	6	98,94	98,37	6	98,94	98,37
Flandre orientale	4	11,41	27,01	7	35,20	48,21
Brabant flamand	3	44,70	44,37	3	46,42	46,02
Flandre occidentale	4	39,62	36,80	4	39,62	36,80
<b>Belgique</b>	<b>60</b>	<b>57,11</b>	<b>58,93</b>	<b>66</b>	<b>61,67</b>	<b>63,88</b>

12. Est également compris dans ces 60 postes de garde, les projets «Condroz», Hannut, Seraing, Chaudfontaine et Ans qui ne disposent pas d'un poste de garde physique. (voir chapitre IV.2.c).

13. Chiffres de population au 01.01.2008. Source : DG Statistique du SPF Économie.

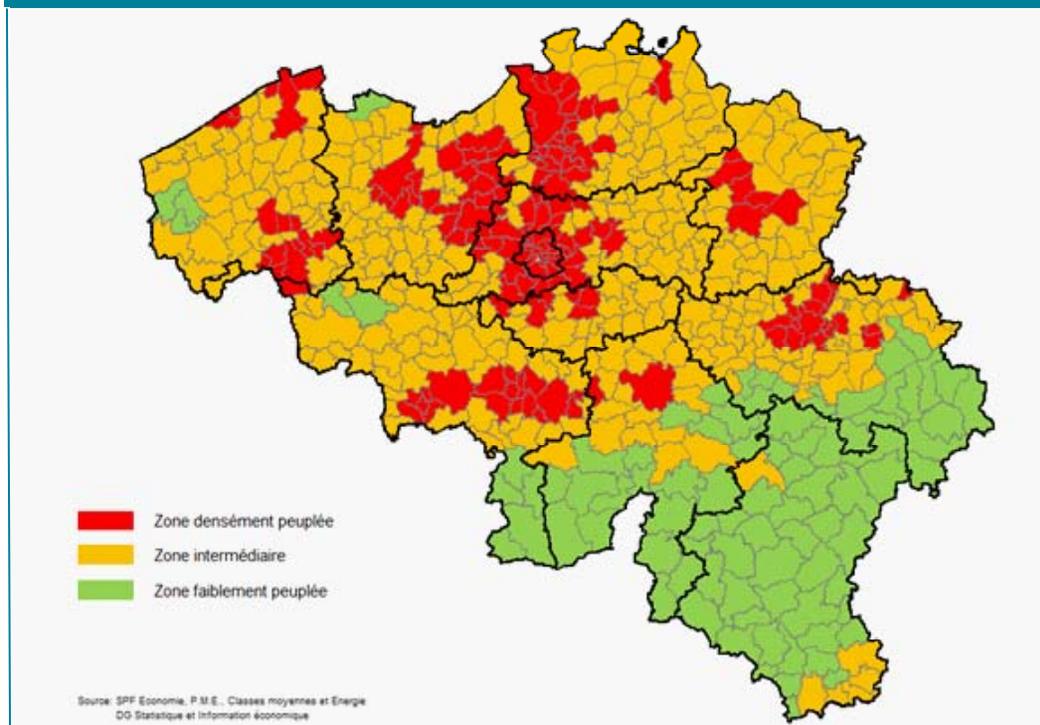
Illustration 1 : Territoire postes de garde de médecine générale, en 2013



Pour finir, l'illustration 2 présente le degré d'urbanisation des communes suivant la méthode "Eurostat"<sup>14</sup>. D'après cette méthode, les communes sont réparties en fonction de leur densité de population en zones faiblement peuplées (0-100 habitants/km<sup>2</sup>), zones intermédiaires (101-500 habitants/km<sup>2</sup>) et zones densément peuplées (> 500 habitants/km<sup>2</sup>). Une comparaison avec l'illustration 1 permet de se faire une idée de la zone d'activité de chaque poste de garde existant et candidat. Comme nous le verrons au chapitre III.3, les zones rurales éprouvent souvent des difficultés à attirer suffisamment de médecins généralistes et à les garder. Dans les zones urbanisées, un grand nombre d'habitants sur une surface restreinte peut engendrer une importante activité (c.-à-d. un grand nombre de consultations et de visites à domicile). Ceci peut avoir une incidence sur les exigences qu'a un poste de garde en termes de disponibilité du personnel d'accueil et de transport pour faire face aux périodes de surcharge de travail.

14. [http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/environnement/geo/typologie\\_communes/](http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/environnement/geo/typologie_communes/).

Illustration 2 : Densité de la population - Belgique



## 2.b. Étude du professeur Brijs

Avec le financement de ces 60 postes de garde et au moins 6 nouveaux postes de garde en cours qui s'annoncent, nous nous trouvons dans la nécessité de déterminer la meilleure orientation à suivre. Quels sont les besoins en termes de postes de garde pour la Belgique ? Où est-il préférable d'implanter les nouveaux postes de garde ? En termes d'accessibilité, quelles zones doivent être de préférence couvertes par quels postes de gardes ? Pour pouvoir répondre à cette question, le Comité de l'assurance a confié en juillet 2011 à l'Institut pour la mobilité de l'Université de Hasselt (IMOB) la mission de développer un modèle d'optimisation permettant de cartographier, pour l'ensemble du territoire belge, le nombre, l'emplacement idéal et la zone d'activité optimale des postes de garde de médecine générale. Dans ce cadre, l'accent a été mis sur l'accessibilité des postes de garde en réduisant le plus possible le temps de trajet total pour l'ensemble des habitants des zones d'activité (Brijs, 2011).

L'étude menée par le Prof. T. Brijs n'a pas abouti à une solution idéale pour l'ensemble du pays mais a permis de dégager toute une série de solutions envisageables. Le "rapport Brijs" s'appuie notamment sur un certain nombre de scénarios différents et propose pour chaque scénario les solutions optimales pour 80 à 110 postes de garde. L'implantation et la zone d'activité des postes de garde actuels ont été déterminées dans le modèle du scénario de base. Une fonction d'optimisation répartit le reste des communes belges en zones d'activité et calcule l'implantation idéale pour les nouveaux postes de garde (Brijs, 2011). Tous les autres scénarios contiennent des restrictions supplémentaires en sus du scénario de base en réduisant à 15, 20, 25 ou 30 minutes les temps de trajet maximums vers le poste de garde ou en imposant un minimum de 35 médecins de garde. Enfin, l'étude contient également un scénario qui détermine l'implantation des postes de garde actuels, mais offre également la possibilité de définir librement les zones d'activité. Au total, 210 solutions éventuelles ont ainsi pu être dégagées.

Une carte géographique permet de visualiser chacune de ces solutions. La Belgique y a été subdivisée à l'échelon communal en zones géographiques telles que définies par les codes INS<sup>15</sup>. Pour les territoires des grandes villes (Anvers, Bruxelles, Gand, Charleroi, Liège et Namur), les modèles fonctionnent au niveau des entités communales<sup>16</sup>.

L'étude permet, en outre, de comparer chaque solution au travers de certains indicateurs, tels que le temps de trajet moyen entre chaque (entité de la) commune et le poste de garde le plus proche, le nombre d'habitants et de médecins actifs au sein de chaque zone d'activité.

À titre d'exemple, le lecteur trouvera dans le tableau 7 les indicateurs du scénario développé pour 80 postes de garde et qui détermine non pas la zone d'activité, mais l'emplacement des postes de garde actuels. Les zones d'activité résultant de la solution optimale envisagée pour ce scénario sont représentées dans l'illustration 3.

Tableau 7 : Indicateurs pour 80 postes de garde, emplacement des postes de garde actuels, zone d'activité librement définie par le modèle	
Indicateurs	80 postes de garde
Temps de trajet moyen, poste incl. (minutes) (écart type)	7,28 (2,90)
Temps de trajet moyen, poste excl. (minutes) (écart type)	10,56 (3,16)
Temps de trajet moyen maximum (minutes) (écart type)	15,26 (4,79)
Distance moyenne maximum (km) (écart type)	15,76 (5,55)
Nombre min. et max. d'habitants par poste	25.367 – 352.491
Nombre moyen d'habitants par poste (écart type)	132.574 (73.031)
Nombre de postes avec < 50.000 habitants	7
Nombre de postes avec ≥ 50.000 < 100.000 habitants	22
Nombre de postes avec ≥ 100.000 < 150.000 habitants	29
Nombre de postes avec ≥ 150.000 < 200.000 habitants	12
Nombre de postes avec ≥ 200.000 habitants	10
Nombre minimum de médecins par 100.000 habitants	29
Nombre moyen de médecins par 100.000 habitants (écart type)	90 (18,49)
Nombre maximum de médecins par 100.000 habitants	126
Nombre de postes < 35 médecins	2

15. [http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/enquetes\\_et\\_methodologie/downloads/code\\_ins.jsp](http://statbel.fgov.be/fr/modules/publications/statistiques/enquetes_et_methodologie/downloads/code_ins.jsp)

16. Pour les grandes villes, le niveau de la commune regroupe des zones relativement grandes à forte densité de population. Plusieurs postes de garde étant actifs dans certaines grandes villes, le niveau des entités communales a été utilisé pour pouvoir affecter de manière plus précise les zones à ces postes de garde.

Illustration 3 : Carte des 80 postes de garde, emplacement des postes de garde actuels, zone d'activité librement définie par le modèle



Sans options supplémentaires, l'étude peut difficilement être utilisée comme instrument stratégique du fait des 210 solutions envisageables. En effet, sur la base des résultats obtenus, il n'est pas possible de proposer une implantation unique et optimale pour les postes de garde actuels et futurs. Le raisonnement inverse peut être tenu, à savoir que la nécessité de faire des choix mûrement réfléchis s'impose, d'autant qu'il n'existe pas de solution objective et idéale. En principe, la Belgique pourrait aussi bien être couverte par 80 que par 110 postes de garde. En prévoyant des postes de garde supplémentaires, avec des zones d'activité plus petites, on pourrait réduire légèrement les temps de trajet et les distances dans certaines zones, même si la réduction d'échelle risque d'entraîner une augmentation de la charge de travail du fait qu'il y aurait moins de médecins disponibles pour la garde. En diminuant le nombre de postes de garde, qui couvriraient des zones d'activité plus importantes, on réduirait la charge de travail générée par le nombre de gardes annuelles à assumer par le médecin généraliste, étant donné qu'il y aurait davantage de médecins disponibles auprès du service de garde central. Dans certaines zones, les temps de trajet ainsi que les distances seraient donc plus longs, mais cet impact devrait, selon les résultats de l'étude, rester limité. Le scénario de base établit une différence de près de 2 minutes entre le temps de trajet maximum moyen estimé pour 80 et 110 postes de garde. Le temps de trajet le plus long s'élève dans les deux cas à environ 31 minutes.

Il ne fait toutefois aucun doute que 110 postes de garde impliqueraient une charge budgétaire très lourde pour l'assurance maladie. Même si l'on devait se baser sur 80 postes de garde potentiels, cela nécessiterait un investissement important en regard du budget prévu pour les postes de garde au moment de la publication de l'étude. D'autant plus si l'on a utilisé comme étalon de mesure pour des demandes futures, les frais de fonctionnement et d'investissements demandés pour couvrir les nouveaux projets déposés fin 2011. Le chapitre II.3 approfondira le volet financier des postes de garde.

L'étude du Prof. Brijs offre quelques certitudes sur deux plans. Malgré les nombreux scénarios, de nombreuses communes sont systématiquement présentées comme lieu idéal pour établir un poste de garde. Cette stabilité au travers des différents scénarios permet d'utiliser l'étude comme instrument pour donner, par exemple, un avis sur l'implantation éventuelle d'un poste de garde, aux cercles de médecins généralistes qui envisagent d'en créer un. L'emplacement et la zone d'activité des nouvelles demandes peuvent également être confrontés aux scénarios afin de pouvoir se renseigner de manière ciblée sur d'éventuels écarts trop importants.

En outre, l'étude démontre que le modèle d'optimisation installe la plupart des postes de garde dans une commune où se trouve déjà un hôpital. Pour les autres postes de garde, le déplacement vers un hôpital au sein de la zone d'activité n'entraîne pas de modifications significatives en termes de temps de trajet pour le patient/médecin (Brijs, 2011). Il s'agit d'une donnée importante pour les parties prenantes. L'expérience acquise au fil des projets mis en oeuvre démontre en effet que les postes de garde situés dans un hôpital parviennent la plupart du temps à assurer un meilleur rapport coût-efficacité (voir le chapitre III.1.). Se pose aussi la question plus large de savoir comment répartir au mieux les soins urgents ou non dispensés en dehors des heures régulières dans les première et deuxième lignes.

### 3. Dépenses des postes de garde

En 2013, le budget disponible pour les postes de garde de médecine générale s'élève à 17.160.000 EUR. Ensemble, les 60 postes de garde financés par l'INAMI sur la base de ce budget coûtent 13.282.154 EUR en frais d'investissement et frais de fonctionnement. En 10 ans, le budget total alloué à ce secteur a considérablement augmenté et le nombre de postes de garde a suivi la même évolution. Pour certains projets, le budget annuel est resté relativement stable pendant cette période alors que pour d'autres, le financement a été augmenté. Cependant, ce qui frappe surtout, c'est la différence importante entre les projets. D'un côté du spectre se trouve un projet qui fonctionne depuis des années avec un budget de 13.720 EUR, et de l'autre des projets bénéficiant d'un budget de plus 400.000 EUR par an. En effet, pour un certain nombre de rubriques de dépenses, certains projets ne génèrent pas de coûts, contrairement à d'autres. Cela doit être pris en compte pour la comparaison des frais totaux entre les projets.

Le financement perçu annuellement par chaque poste de garde se base sur le dossier de demande introduit par le cercle de médecins généralistes ou l'association de médecins généralistes auprès de l'INAMI. Ce dossier contient une description du projet ainsi qu'une estimation des coûts relatifs à la création et au fonctionnement journalier. Après évaluation du dossier, les estimations éventuellement adaptées sont inscrites comme montant de financement dans la convention. À l'entame de chaque année de fonctionnement, le poste de garde perçoit 80 à 90 % de ses subventions. Les 10 à 20 % restants sont transférés l'année suivante, après réception du rapport financier de l'année de fonctionnement précédente. Sur la base de l'évaluation de ce rapport, l'INAMI peut éventuellement décider de ne pas procéder au paiement d'une partie du budget. Le poste de garde peut, pendant les années qui suivent sa création, obtenir une augmentation de son financement s'il parvient à motiver suffisamment ses dépenses plus élevées.

Jusqu'à 2012, le montant de financement final de chaque poste de garde a presque exclusivement été fixé sur la base de ce qui avait été demandé par le poste de garde de médecine générale, ce qui favorise les divergences entre les projets. L'INAMI a bien sûr évalué les demandes et les rapports financiers annuels. L'enregistrement de ces données financières ne s'est toutefois pas fait de manière standardisée. Leur valeur en tant qu'instrument de soutien à la politique est par conséquent restée très limitée. Cela n'a pas davantage favorisé le contrôle financier. Quelles sont les règles qu'applique le poste de garde dans son rapport financier ? Quel est le contenu de chaque rubrique ou que recouvre le montant total ? Quelles sont les dépenses légitimes ? Fait-on uniquement rapport des coûts spécifiquement liés au poste de garde ou bien également des coûts liés à d'autres activités du cercle ? À défaut d'un compte rendu uniforme, il était impossible de comparer les données financières entre les postes de garde. Vu la diversité des budgets alloués aux postes actuels et l'absence de point de référence précis, il s'est avéré particulièrement difficile de se prononcer objectivement sur la recevabilité de nouvelles demandes de financement.

L'enquête effectuée en 2011 (voir le chapitre II) a permis d'établir, pour la première fois, un comparatif des dépenses entre les postes de garde respectifs. Pour procéder de manière judicieuse, nous avons d'abord regroupé les dépenses par projet (N=37) en groupes de dépenses pertinents. Nous précisons qu'il s'agit en l'occurrence des dépenses rapportées<sup>17</sup> pour l'exercice 2010. La somme de ces montants ne coïncide pas nécessairement avec le budget 2010 mentionné dans la convention établie pour chaque poste de garde. Le tableau 8 donne la répartition, par groupe de dépenses, des dépenses communiquées dans le cadre de l'enquête.

Il serait beaucoup trop fastidieux de considérer séparément chaque groupe de dépenses. Les différences entre les postes de garde ne peuvent être ramenées à un nombre limité de catégories. Pour quasi chaque groupe de dépenses, nous constatons que les dépenses varient de modérément à fortement.

Cette diversité s'explique en partie par la manière dont les données ont été collectées. En effet, le formulaire d'enquête n'était pas accompagné d'instructions claires concernant la manière de le compléter. Ainsi, certains postes de garde ont enregistré les dépenses liées à l'assurance du personnel dans la rubrique "assurances (hors bâtiment)", alors que d'autres les ont portées en compte dans les frais de personnel. De plus, certains groupes de dépenses contiennent des frais uniques qui donnent une image faussée des frais de fonctionnement structurels et récurrents. Cela s'applique surtout aux rubriques "autres frais", "amortissements hardware", "sensibilisation", "fouritures de bureau", "amortissements" et "équipement cabinet de consultation".

Indépendamment de ces observations, les résultats de l'enquête constituent pour nous un outil précieux. Ils nous permettent de poser des questions plus ciblées sur les composantes de chaque projet de poste de garde et sur le financement à prévoir à cet égard. Il donne une idée de la diversité dont on n'ignorait pas l'existence auparavant, mais qui n'était pas bien cernée. L'absence de transparence constitue la pierre d'achoppement la plus importante qui a empêché jusqu'à aujourd'hui un financement équilibré et stable.

17. Comme indiqué au début du chapitre II, il a été procédé pour 13 postes de garde à une estimation à partir du dossier de demande et pas des dépenses réelles.

Tableau 8 : Répartition, par groupe de dépenses, des dépenses (EUR) engagées en 2010

Groupe de dépenses	Moyenne	Écart type	Min.	Q1	Médiane	Q3	Max.
Informatique	8.051	9.604	0	2.216	5.439	9.289	43.925
Amortissements hardware	1.754	3.563	0	0	0	1.824	13.323
Fournitures de bureau	2.617	2.606	0	571	1.500	4.000	12.977
Assurances (hors bâtiment)	1.472	1.866	0	150	641	2.400	8.829
Comptable	3.113	4.985	0	714	2.124	3.500	29.570
Terminal de paiement électronique	965	832	0	0	1.166	1.600	2.348
Sensibilisation	1.522	3.285	0	57	95	1.774	18.419
Téléphone + fax + internet	3.892	2.722	0	1.880	3.846	5.700	9.879
Autres frais	3.959	5.805	0	525	1.463	4.240	24.571
Secrétariat social	1.577	1.471	0	0	2.125	2.577	4.867
Formation	935	1.830	0	0	0	2.500	8.500
Provisions (charges sociales et autres)	2.097	6.987	0	0	0	0	40.000
Loyer + Équipements utilitaires	25.391	14.504	3.000	15.298	26.000	35.780	57.614
Entretien	5.996	7.687	0	0	4.727	7.668	39.830
Coordination	15.264	21.522	0	0	9.677	19.465	85.697
Soutien administratif	13.898	46.699	0	0	0	7.000	283.233
Rémunérations du personnel d'accueil	71.786	71.936	0	35.740	58.502	79.978	413.851
Transports	70.589	67.503	0	32	76.460	131.427	207.897
Matériel pharmaceutique et médical	3.415	3.754	0	1.074	3.000	3.714	18.387
Catering	1.469	2.772	0	0	403	2.336	15.459
Amortissements (autres que le hardware)	4.818	8.391	0	0	0	6.636	40.351
Indemnités de gestion	11.276	15.852	0	0	2.446	18.000	67.327
Personnel soignant	5.245	22.255	0	0	0	0	99.931
Frais de représentation	783	1.638	0	0	0	890	7.785
Équipement cabinet de consultation	1.990	8.757	0	0	0	0	52.806
Frais bancaires	435	461	0	54	222	772	1.521

## III. Problématique

### 1. Pourquoi la diversité génère-t-elle des coûts différents ?

La description des postes de garde de médecine générale au chapitre II démontre la grande diversité en termes d'organisation et de coûts sur le terrain. Il est évident que le coût d'un projet résulte de choix spécifiques faits lors de l'organisation du poste de garde. Jusqu'à ce jour, nous n'avons pas encore établi de lien explicite entre les deux. Ce chapitre illustre combien il est difficile de comparer les dépenses des projets, sans établir de lien avec les différences organisationnelles. Nous nous limiterons à 2 exemples. En effet, dans le cadre de ce travail, notre ambition n'est pas d'élaborer une typologie exhaustive des postes de garde.

#### > Exemple 1 : l'accueil

Le tableau 9 contient les dépenses du poste de dépenses "accueil". Il s'agit des dépenses effectuées au sein de 3 postes de garde ouverts 60 heures par week-end. Malgré un nombre équivalent d'heures d'ouverture, les postes reflètent de fortes différences en ce qui concerne les dépenses d'accueil pendant ces heures.

	Enquête 2011 <sup>18</sup> (en EUR)		Budget 2013 (en EUR)	
	Total	Par 100.000 habitants	Total	Par 100.000 habitants
PMG 1	123.085,00	100.813,32	139.985,00	114.655,34
PMG 2	93.478,49	53.478,01	93.982,49	53.766,34
PMG 3	39.666,64	49.524,49	42.972,00	53.651,29

Les dépenses résultent directement de la manière dont les postes de garde organisent l'accueil.

Le PMG 1 (180,25 km<sup>2</sup>, 122.092 habitants) emploie des collaborateurs intérimaires à l'accueil. En sus du salaire horaire brut, le poste de garde paie un coût supplémentaire (salaire horaire brut\*2,1 (hors TVA)) au bureau d'intérim ayant organisé la sélection de personnel. Une double occupation est également prévue le samedi et le dimanche matin pour absorber la forte affluence.

Le PMG 2 (603,47 km<sup>2</sup>, 174.798 habitants) a ses propres collaborateurs d'accueil. Un collaborateur d'accueil est toujours présent pendant les heures d'ouverture.

Le PMG 3 (230,99 km<sup>2</sup>, 80.095 habitants) dispose lui aussi de collaborateurs d'accueil en gestion propre. En journée (32 heures, au total), il y a toujours un collaborateur d'accueil présent. Le week-end, le poste de garde est également accessible la nuit pour les consultations. L'accueil y est alors assuré par le chauffeur et le médecin généraliste de garde. Pour ces heures, le poste de garde n'a donc pas de coûts supplémentaires à prendre en charge pour le personnel d'accueil.

18. Pour les PMG 1 et 2, il s'agit des dépenses réelles pour l'exercice 2010. Pour le PMG 3, il s'agit des dépenses estimées à partir de la demande de financement introduite en 2011.

### ➤ Exemple 2 : le loyer

En comptabilisant les dépenses relatives au bail, aux équipements utilitaires (eau, gaz, électricité), aux assurances immobilières et aux frais d'entretien, on constate de nouveau de fortes différences entre les projets. Le tableau 10 compare les dépenses réalisées par 4 postes de garde.

	Superficie en m <sup>2</sup>			Enquête 2011 <sup>19</sup> en EUR		Budget 2013 en EUR	
	Cabinets	Bâtiment	Espace essentiel	Total	Par 100.000 habitants	Total	Par 100.000 habitants
PMG 4	1	94	64	3.000,00	4.784,84	3.600,00	5.741,81
PMG 5	2	40	40	7.205,59	4.955,22	7.395,91	5.086,11
PMG 6	3	155	150	49.888,58	19.032,51	59.000,00	22.508,52
PMG 7	4	370	247	69.716,11	46.567,13	63.200,86	42.215,24

Les dépenses relatives au loyer, aux équipements utilitaires, aux assurances et à l'entretien sont de 7 à 23 fois plus élevées dans les PMG 6 et 7 que dans les PMG 4 et 5. Cette différence n'a quasi pas diminué en 2013. Une partie de l'explication est liée au fait que les bâtiments des PMG 4 et 5 sont beaucoup plus petits et disposent de moins de cabinets de consultation. Cela se traduit bien évidemment par un loyer plus bas et moins de frais liés à l'entretien ainsi qu'aux équipements utilitaires et à l'assurance immobilière.

Le PMG 4 ouvre ses portes 4 heures par week-end pour 62.698 habitants. Nous pouvons dès lors le considérer comme étant un projet mené à très petite échelle. Le PMG 6, par contre, reste ouvert 32 heures le week-end et 66 heures en semaine pour près de 262.123 habitants, ce qui explique pourquoi il nécessite un espace plus grand. Le nombre d'habitants ne peut toutefois pas être invoqué pour justifier la différence d'infrastructure entre les PMG 5 et 7. En effet, tous deux ont un nombre équivalent d'habitants (respectivement 145.414 et 149.711). On peut donc se demander comment motiver l'infrastructure dont dispose le PMG 7.

D'autres facteurs que ceux liés à la superficie des bâtiments interviennent encore. Le prix avantageux du PMG 4 résulte largement d'une intervention accordée par les autorités locales dans les coûts du bâtiment. Le PMG 5 a, quant à lui, pu conclure une convention très favorable avec l'hôpital où se situe le poste de garde.

Le PMG 6 est également situé dans un bâtiment d'hôpital sans que cela ne contribue à créer une situation budgétaire de gagnant-gagnant. Le PMG 7 se situe dans un bâtiment rénové d'une entreprise pharmaceutique locale. Les frais de construction et d'aménagement sont clairement répercutés par le propriétaire dans le prix du loyer.

Cela soulève la question du rapport coût-efficacité que l'on souhaite obtenir avec ce type de projets. L'intégration des médecins généralistes au service des urgences d'un hôpital ou l'établissement d'un poste de garde dans ou à proximité de l'hôpital permet de faire des économies du fait que les infrastructures et parfois également le personnel peuvent être partagés (Philips, 2010). Certains cercles de médecins généralistes cherchent, de leur propre initiative, des opportunités locales de collaboration avec des hôpitaux, d'autres services publics et les autorités locales. D'autres projets n'y parviennent pas ou n'y accordent pas d'attention. Jusqu'à ce jour, il n'y avait rien qui incitait les postes de garde candidats à viser un tel rapport coût-efficacité.

19. Les dépenses communiquées dans le cadre de l'enquête 2011 pour l'exercice 2010 doivent être interprétées avec circonspection. En effet, parmi les frais d'entretien se trouvent parfois des frais uniques plus conséquents qui donnent une image faussée des dépenses structurelles (service de nettoyage, traitement des déchets, nettoyage du linge, petites réparations). Le budget de 2013 n'est pas entaché de cette image faussée.

Les deux exemples précités illustrent clairement qu'en nous basant uniquement sur les dépenses communiquées - sans tenir compte des modalités de fonctionnement spécifiques - nous comparons des choses très différentes. Aussi, un manque de transparence sur le fonctionnement des postes de garde empêche-t-il une prise de décision flexible et uniforme ainsi qu'un financement correct.

## 2. Qui veut encore assurer un service de garde et à quelles conditions ?

En Belgique, on considère comme allant de soi que l'on puisse à tout moment bénéficier de soins médicaux. L'accès libre aux première et deuxième lignes permet aux patients de se rendre, de leur propre chef, au service des urgences de l'hôpital le plus proche ou de contacter le médecin généraliste de garde pour une consultation ou une visite à domicile et ce, en dehors des heures de travail normales. Les médecins n'ont pas le choix : la loi les contraint à participer au service de garde organisé par le cercle de médecins généralistes. Comme évoqué préalablement, il est cependant difficile de continuer à garantir le service de garde dans certaines régions.

Ce sont surtout les postes de garde situés dans les zones rurales au sud du pays (voir le chapitre II.2.a.) qui sont confrontés à un nombre insuffisant de nouveaux médecins généralistes, d'où la difficulté de faire face au vieillissement du corps médical local. Une équipe de médecins restreinte entraîne une augmentation de la charge de travail parce que chaque médecin généraliste doit assumer davantage de tours de garde, si l'on souhaite continuer à garantir la continuité. Une récente étude du KCE sur les services de garde de médecine générale (Jonckheer, et al., 2011) démontre que le nombre d'heures irrégulières et de nuit prestées annuellement par un médecin généraliste en zone rurale était considérablement plus élevé qu'en zone semi-rurale et urbaine. La médiane pour 2009 s'élevait à 630 heures et 38 nuits par médecin en zone rurale, à 326 heures et 20 nuits par médecin en zone semi-rurale et 224 heures et 14 nuits par médecin en zone urbaine. Ces résultats ne sont pas surprenants dès lors que le service de garde en zone rurale est souvent assuré par un nombre relativement restreint de médecins (Jonckheer, et al., 2011).

Outre la charge de travail résultant des gardes de nuit et de week-end, les médecins généralistes sont également plus souvent confrontés à l'agressivité et à des situations d'insécurité. Le risque est plus accru lors des visites à domicile et serait plus prononcé dans les grandes villes (Philips, 2010). La féminisation des métiers, souvent évoquée, et la recherche croissante, tant dans le chef des médecins généralistes féminins que masculins, d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée représentent une charge supplémentaire pour le service de garde.

De plus, la rentabilité des services de garde n'est pas toujours la même. C'est surtout aux heures tardives ou en pleine nuit que le médecin généraliste reste disponible pour un nombre très limité d'appels. Indépendamment de la définition spécifique de la notion de "nuit profonde", l'étude publiée par le KCE (Jonckheer, et al., 2011) révèle que, pour cette période, les cercles de médecins généralistes enregistrent, en moyenne, de 1 à 2 contacts (visites à domicile ou consultations) par 100.000 habitants. En d'autres termes, ces heures difficiles à assurer d'un point de vue physique et mental ne sont pas particulièrement lucratives.

Ces problèmes sur le terrain démontrent qu'il est de moins en moins évident pour les médecins généralistes et les cercles de prester les services de première ligne en dehors des heures régulières. Nous pourrions donc formuler ces évolutions sous forme de questions : qui, à l'heure actuelle, veut encore assurer le service de garde et à quelles conditions ?

En fonction des réponses obtenues à cette question, les cercles de médecins généralistes n'ont pas tous les mêmes priorités en ce qui concerne la réorganisation du service de garde. L'examen des cercles qui optent pour un poste de garde de médecine générale permet de dégager, dans les grandes lignes, les priorités suivantes :

1. Dans la plupart des zones urbaines et dans de nombreuses zones semi-rurales, notamment en Flandre, l'installation d'un poste de garde de médecine générale permet de pallier au vieillissement des médecins généralistes et, éventuellement, à l'apport insuffisant de sang frais. La sécurité et le soutien logistique des médecins généralistes sont considérés comme étant les conditions les plus importantes pour continuer à assurer la garde. Vu la densité de population plus élevée et, partant, le nombre plus important de contacts-patients, ces projets insistent sur une sérieuse "professionnalisation" des services. Cela se traduit en investissements importants en matière d'accueil, de soutien administratif, de management, de transports et d'infrastructure.
2. Dans les zones rurales, notamment en Wallonie, la sécurité et le soutien logistique jouent évidemment un rôle important. Bien souvent, ces projets ont des dépenses plus modérées en matière d'accueil, de soutien administratif, de management, de transports et d'infrastructure. En ce qui concerne les zones très étendues et parfois difficiles d'accès, à faible densité de population, il importe surtout que le médecin généraliste puisse facilement accéder au patient (ou inversement). La pénurie de médecins est souvent plus aiguë dans ces zones rurales que dans les zones urbaines et semi-rurales. De ce fait, l'accent est davantage mis sur la nécessité d'attirer et de garder suffisamment de médecins pour assurer la garde, notamment par le biais de l'indemnisation des "médecins gardistes". Il s'agit de médecins situés en dehors de la zone de garde, qui sont payés par le poste de garde pour effectuer des tours de garde. Même en journée, les heures où l'on souhaite continuer à assurer le service de garde constituent un sujet délicat. Plusieurs cercles ferment par exemple leur poste de garde au cœur de la nuit. D'autres postes de garde restent ouverts aux heures tardives de la nuit mais octroient aux médecins un revenu garanti grâce aux subsides qu'ils perçoivent de l'INAMI. Cela permet ainsi de couvrir le créneau peu rentable de la nuit. Ce phénomène ne se limite d'ailleurs pas aux zones rurales. À partir de juillet 2013, ce type de revenu garanti ne sera plus financé dans le cadre des postes de garde de médecine générale. En effet, d'autres cercles de médecins généralistes disposant ou non d'un poste de garde, ne peuvent pas en bénéficier. De plus, il existe des postes de garde qui prévoient ce système, mais en le fondant entièrement sur la solidarité entre médecins généralistes. Les honoraires sont perçus de manière centralisée et redistribués de telle sorte que les médecins qui doivent assurer plusieurs gardes de nuit, se voient gratifiés d'un revenu acceptable. Si trop peu de patients se rendent au poste de garde de médecine générale, ce type de système peut alors parfaitement être pris en charge par l'activité de garde collective.

En cas de réorganisation de la garde, il est donc important de tenir compte des conditions dans lesquelles les médecins généralistes souhaitent encore effectuer le service de garde dans une zone spécifique. D'un point de vue financier, il est au moins aussi important de faire des choix sur les besoins que l'on souhaite ou non rencontrer et sur la manière de procéder. Prenons l'exemple du revenu garanti. Il est compréhensible qu'un médecin généraliste s'attende à percevoir un revenu raisonnable pour son service de garde, et également lorsqu'il assure la permanence de nuit. Pour remplir cette condition, différents postes de garde de médecins généralistes procèdent à une redistribution des honoraires médicaux perçus de manière centralisée. Ce système garantit aux médecins généralistes une rémunération pour leur travail lors de périodes plus creuses de la garde. Toutefois, si la réorganisation d'un service de garde ne s'avère pas suffisamment rentable pour rétribuer, au moyen des honoraires perçus, l'investissement en temps consenti par les médecins généralistes, il faut se demander si ce sont les autorités qui doivent pallier à ce manque, en sus du financement des frais d'investissements et de fonctionnement du poste de garde.

### 3. Subventions annexes

Le financement des postes de garde de médecine générale ne constitue qu'un des instruments de soutien à la médecine générale.

Le financement de base permettant d'organiser les services de garde de première ligne et d'assurer la représentation locale des médecins généralistes correspond au financement du cercle fixé en 2008 à 0,2 EUR par habitant de la zone de médecine générale<sup>20</sup>. Ce financement de base peut être complété par un financement supplémentaire de 0,175 EUR par habitant pour l'installation d'un numéro d'appel unique. Lorsqu'il n'y a pas de numéro d'appel unique, mais que la zone d'activité du cercle comprend des zones rurales<sup>21</sup>, celui-ci peut obtenir un financement complémentaire de 0,125 EUR par habitant de cette / ces zone(s) rurale(s). Le financement de base et le financement complémentaire sont indexés annuellement.<sup>22</sup>

Pour l'exercice de la garde, les médecins généralistes individuels peuvent, en outre, prétendre à des honoraires de disponibilité<sup>23</sup>. Ils peuvent également demander un supplément de garde au patient pour les consultations prestées dans le cadre du service de garde organisé de 19 à 21 heures ou un supplément de permanence pour les consultations au cabinet privé entre 18 et 21 heures<sup>24</sup>.

Par ailleurs, il existe encore des projets fédéraux tels que le numéro d'appel unique 1733 et les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM). Le projet 1733 du SPF Santé publique prévoit la mise en service d'un numéro d'appel unique pour l'aide médicale non urgente dispensée sur tout le territoire belge. Cela faciliterait la tâche du citoyen qui n'aurait donc plus à chercher les données du médecin généraliste de garde et permettrait également de trier les appels au niveau national en fonction de l'aide adéquate à dispenser. Des projets pilotes ont été mis en place au Luxembourg, dans le Hainaut et à Bruges (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2010). Les réseaux locaux multidisciplinaires jouent un rôle important dans le cadre des trajets de soins<sup>25</sup> en ce qui concerne l'approche, l'examen et le suivi de patients atteints de maladies chroniques telle que l'insuffisance rénale chronique ou le diabète de type 2. Au travers du financement du RLM, on entend promouvoir la collaboration entre les dispensateurs de soins locaux (médecins généralistes, spécialistes, praticiens de l'art infirmier, diététiciens, podologues, pharmaciens et éducateurs du diabète). Le cercle de médecins généralistes et le service intégré de soins à domicile (SISD) perçoivent un financement pour la mise au travail d'un promoteur de trajet de soins et pour les frais de fonctionnement et de gestion y afférents<sup>26</sup>.

20. <http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Professionalorganisations/CirclesofGeneralpractitioners/18008717?ie2Term=huisartsenkringen>

21. Une zone rurale est définie comme une commune appartenant à la zone de médecins généralistes dont la densité de population est inférieure à 125 habitants par km<sup>2</sup> (art. 5 de l' A.R. du 04.06.2003).

22. Pour 2013, le financement de base indexé (par habitant) s'élève à 0,2260 EUR et le financement complémentaire pour le numéro d'appel unique (par habitant) à 0,1977 EUR. Le financement pour une densité de population faible est quant à lui de 0,1412 EUR (par habitant).

23. <http://www.riziv.fgov.be/care/fr/doctors/availability/index.htm>

24. <http://www.riziv.fgov.be/care/fr/doctors/general-information/guard>

25. <http://www.riziv.fgov.be/care/fr/infos/tdszt/index.htm>

26. <http://www.trajetsdesoins.be/FR/Professionnels/network/network02.asp>

Dans certains cas, on peut se demander quel est le rapport entre ces différentes sources de financement. En outre, la gestion de l'ensemble de ces subventions est répartie entre les autorités fédérales et le reporting financier est très diversifié. Dans la pratique, cela complique parfois la prise de décision quant au financement des postes de garde individuels de médecine générale.

 Citons quelques exemples :

- plusieurs postes de garde de médecine générale travaillent avec un coordinateur salarié. Dans certains de ces projets, cette personne est également le promoteur de trajets de soins, qui est financé par la subvention RLM. Jusqu'à 2012, il n'y avait pas d'aperçu clair des heures de travail financées par la subvention RLM et par la subvention "poste de garde". L'infrastructure du poste de garde est, en outre, souvent utilisée pour les activités du RLM (par ex. le bureau où travaille le promoteur de trajet de soins/le coordinateur du poste de garde) et/ou du cercle (par ex. la salle de réunion ou le bureau du secrétaire du cercle/poste de garde), sans que l'on en fasse état à l'INAMI. Le risque de double financement ou de substitution des subventions est évidemment important dans les deux cas
- une partie du financement des postes de garde de médecine générale couvre les coûts liés à la téléphonie, au fax et à l'Internet. Le risque de substitution se pose également ici lorsque les coûts de téléphonie du service de garde assuré en semaine sont inscrits comme indemnité dans le cadre du poste de garde qui n'assure habituellement que la garde du week-end. De plus, dans de nombreux cas, les cercles de médecins généralistes disposant d'un poste de garde perçoivent déjà une subvention pour le numéro d'appel unique prise en charge par le financement du cercle. Cette subvention permet de prendre en charge les coûts liés à une centrale téléphonique "où des préposés centralisent les appels des patients durant le service de garde, les traitent en fonction des conventions fixées, les transmettent au prestataire participant le plus approprié".<sup>27</sup> Il y a lieu de prévoir une réglementation claire et uniforme en la matière
- les 7 postes de garde du projet Luxembourg-Dinant participent au projet pilote 1733. Toutefois, en raison de déficiences techniques, les appels reçus au numéro 1733 ne sont pas immédiatement transférés vers les postes de garde. Les postes de garde se voient dès lors contraints de rappeler à chaque fois le patient après réception de son numéro par l'intermédiaire du préposé au 1733. Il va de soi que cela entraîne des coûts téléphoniques très élevés. Chose moins évidente : ces frais sont comptabilisés dans le budget des postes de garde et pas dans celui du projet 1733.

## IV. Modèle de financement pour les postes de garde de médecine générale

### 1. Principes de financement standardisé

L'aperçu de la situation présenté au chapitre II et la problématique exposée au chapitre III démontrent la nécessité de développer un instrument stratégique permettant d'aboutir à une prise de décision contrôlée quant au financement des postes de garde de médecine générale. C'est dans ce but que le groupe de travail "postes de garde de médecine générale" de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a développé, dans le courant du premier semestre 2012, une série de principes de financement standardisé.

27. [http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Professionalorganisations/CirclesofGeneralpractitioners/18008717\\_FR?ie2Term=huisartsenkringen&fodnlang=fr](http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/healthcareprofessions/Doctors/GPs/Professionalorganisations/CirclesofGeneralpractitioners/18008717_FR?ie2Term=huisartsenkringen&fodnlang=fr)

Le modèle de financement devait permettre de maîtriser les dépenses dans le secteur et créer une marge budgétaire pour de nouveaux projets de postes de garde. Au lieu de transférer d'une année à l'autre des enveloppes historiques, dans le sens bottom-up, l'objectif était de déduire, à partir des caractéristiques des postes de garde, les besoins financiers de manière uniforme.

Dans ce chapitre, nous exposerons plus avant les principes de financement et leur application. Outre les notes du groupe de travail "postes de garde de médecine générale" de la CNMM, nous nous baserons principalement sur 3 notes du Comité de l'assurance. La note CSS 2012/248, approuvée le 16 juillet 2012, fixe les principes de financement. La note CSS 2012/447, approuvée le 21 décembre 2012, comprend quelques règles d'application complémentaires. La note CSS 2013/263, approuvée le 22 juillet 2013, règle l'indexation des salaires de coordination, d'administration et d'accueil.

Les résultats de l'enquête présentée au chapitre II constituent le point de départ du modèle de financement. Les groupes de dépenses (fournitures de bureau, loyer, transport, amortissements ...) ont été subdivisés en 5 grandes rubriques : frais opérationnels fixes/variables, encadrement (coordination et administration), accueil, transports et frais non comptabilisés. Cette dernière rubrique contient les groupes de dépenses qui ne sont pas répertoriés comme frais de fonctionnement structurels dans le modèle de financement. Il s'agit du matériel pharmaceutique et médical, des amortissements (autres que le hardware), du personnel soignant, de l'équipement du cabinet de consultation et des frais bancaires.

En additionnant les dépenses par rubrique, nous obtenons un aperçu de leur poids dans le total des dépenses communiquées dans le cadre de l'enquête. Comme l'illustre le tableau 11, la majeure partie des dépenses couvre les rémunérations du personnel d'accueil (27 %), les frais de transport (27 %) ainsi que les frais opérationnels fixes/variables (24 %). Les coûts liés à la coordination/administration et les coûts non retenus dans le modèle de financement représentent tous deux 11 % du total des dépenses liées aux postes de gardes.

Rubrique	Montant (EUR)	Pourcentage
<b>Frais opérationnels fixes/variables</b>	<b>2.343.674</b>	<b>24%</b>
Entretien hardware et software	297.895	3,0%
Amortissement hardware	64.895	0,7%
Fournitures de bureau	96.830	1,0%
Assurance (hors bâtiment)	54.473	0,6%
Comptable	115.188	1,2%
Terminal de paiement électronique	35.700	0,4%
Sensibilisation	56.332	0,6%
Téléphone + fax + Internet	144.015	1,5%
Autres frais	146.473	1,5%
Secrétariat social	58.350	0,6%
Formation	34.596	0,4%
Provisions (sociales et autres)	77.595	0,8%
<b>Coordination + administration</b>	<b>1.079.001</b>	<b>11%</b>
<b>Accueil</b>	<b>2.656.089</b>	<b>27%</b>
<b>Transports</b>	<b>2.611.785</b>	<b>27%</b>
<b>Frais non comptabilisés</b>	<b>1.088.949</b>	<b>11%</b>
Matériel pharmaceutique et médical	126.358	1,3%
Amortissements (autres que le hardware)	178.275	1,8%
Personnel soignant	194.070	2,0%
Équipement du cabinet de consultation	73.639	0,8%
Frais bancaires	16.088	0,2%
<b>Total dépenses 2010</b>	<b>9.779.498</b>	<b>100%</b>

Pour chacune des 5 rubriques, le modèle fixe des principes de financement spécifiques et des montants maximums. À l'établissement du budget standardisé pour un poste de garde, on compare, pour chaque volet du fonctionnement, les dépenses réelles ou estimées communiquées dans l'enquête avec le montant maximum. Si le coût réel est inférieur au maximum, on maintient alors le prix réel pour ce volet. Si les dépenses réelles ou estimées excèdent le montant maximum, ce dernier est maintenu dans le calcul du budget standardisé prévu pour le poste de garde.

Comme proposé au Comité de l'assurance en juillet 2012, le groupe de travail a calculé pour le modèle de financement une économie potentielle de près de 3 millions d'EUR, soit 33 % des frais de fonctionnement fixés à cette époque. En d'autres termes, l'application aveugle des principes de standardisation pourrait entraîner une perte financière pour la plupart des postes de garde. Bien que cela libère une plus grande marge de manœuvre pour de nouveaux projets, cela risque également de compromettre le bon fonctionnement de nombreux postes existants. C'est pourquoi, les particularités suivantes doivent être prises en compte lors de l'implémentation du modèle :

- la standardisation est réalisée en 3 phases, de sorte que les postes de garde actuels disposent du temps nécessaire pour s'adapter aux nouvelles règles. En effet, certains frais de fonctionnement résultent de contrats à durée déterminée que le poste de garde a conclus avec son personnel, avec le propriétaire du bâtiment qui abrite le poste de garde, ou encore avec la firme chargée des transports. Dans la première phase (frais de fonctionnement pour 2012), l'indemnité de gestion, le catering et la représentation sont retirés du financement (voir ci-dessous, les frais non comptabilisés). À partir de 2013, les autres frais non comptabilisés sont supprimés. Dans la deuxième phase, les principes standardisés sont appliqués pour les frais fixes et variables et les frais de transport. Dans la troisième phase (à partir de 2014), les frais de personnel sont finalement standardisés (accueil, coordination et administration)
- si un poste de garde ne parvient pas à s'adapter à la standardisation dans le délai imparti, le surplus de dépenses est temporairement accepté pour certains volets. Dans ce cas, le poste de garde doit établir un plan d'action pour que ses dépenses puissent à terme diminuer jusqu'à concurrence du maximum établi par la standardisation
- dans le courant de 2012, les postes de garde ont eu la possibilité de demander des corrections uniques et structurelles par rapport à leur financement. Les corrections uniques ont pour objectif de résorber les éventuels déficits issus du passé ou de prendre en charge des dépenses plus importantes uniques telles que des travaux de transformation. Les corrections structurelles ont pour objectif d'actualiser le financement des postes de garde dans le cadre du modèle de standardisation. En effet, les données issues de l'enquête comprennent les frais de fonctionnement réels de 2010 ou, dans le cas de certains postes de garde, des estimations des frais de fonctionnement. Aussi, pour pouvoir prendre en ligne de compte les besoins structurels actuels des postes de garde, une concertation individuelle a été mise en place avec chaque poste de garde lors de l'établissement des budgets standardisés pour 2013.

### 1.a. Frais opérationnels fixes et variables

La rubrique "frais opérationnels" sert à couvrir les frais de fonctionnement (informatique, fournitures de bureau, assurance, loyer, entretien ...) des postes de garde. On distingue les frais opérationnels fixes des frais opérationnels variables.

## FRAIS FIXES

Le modèle se base sur une série de frais fixes pour l'ensemble des postes de garde, quelle que soit leur taille. Le montant maximum qui peut être financé par catégorie de frais fixes coïncide avec la médiane des frais réels en 2010 (voir le chapitre II.3.). Ce n'est pas le cas des montants suivis d'un \*. Pour ces catégories, la médiane de l'enquête est considérée comme trop basse pour permettre un fonctionnement adéquat du poste de garde. La CNMM a dès lors augmenté ces montants, pour les faire correspondre au troisième quartile ou au percentile 90<sup>28</sup> pour ce volet de l'enquête. Le tableau 12 donne un aperçu des frais fixes et des montants maximums correspondants.

Poste de dépenses	Montant en EUR	
Entretien hardware et software	16.000	*
Provisions hardware	1.500	*
Fournitures de bureau	1.500 / 2.500	
Assurance responsabilité gestionnaires	641	
Comptable	2.124 / 4.000	
Terminal de paiement électronique	1.166	
Sensibilisation	1.500	*
Téléphone + fax + internet	3.846	
Autres frais	5.000	*
Secrétariat social	2.125	
Formation	2.500	*
Passif social	5.000	*

La rubrique "Entretien hardware et software" comprend tous les frais d'entretien liés à l'infrastructure informatique du poste de garde. Cet entretien se fait parfois sur la base d'un contrat avec un prix mensuel ou annuel fixe. La majeure partie des frais concernent néanmoins les logiciels médicaux pour la gestion des données relatives aux patients et pour les rapports (Trigonia, Health Guard, Medibridge ...) ainsi que les logiciels de gestion des gardes (Permamed ...). Ces logiciels sont généralement proposés sous forme d'une licence par médecin généraliste si bien que le coût total peut atteindre un montant important dans les postes de garde où de nombreux médecins généralistes sont actifs.

Les postes de garde peuvent constituer une provision pour le matériel informatique (hardware) leur permettant de remplacer régulièrement leur infrastructure informatique. Il s'agit d'une des rares provisions prévues dans le modèle. Outre le/les desktop(s) dans le(s) cabinet(s) de consultation et à l'accueil, de nombreux postes de garde disposent d'un laptop ou d'un iPad que le médecin généraliste emporte pendant ses visites à domicile. Plusieurs projets disposent également de leur propre serveur, ce qui généralement représente un important investissement.

Par fournitures de bureau il faut entendre le matériel classique (enveloppes, papier, stylos, classeurs, agrafes, ruban adhésif ...) mais aussi les timbres-poste et les cartouches d'encre. Le montant maximum dans le modèle s'élève à 1.500 EUR, sauf si le poste de garde centralise la perception des honoraires que les patients paient au poste de garde ou lors des visites à domicile. Dans ce cas, le montant maximum est de 2.500 EUR. En cas de perception centralisée, les honoraires des médecins généralistes sont perçus pendant la garde sur le compte du poste de garde et redistribués ultérieurement parmi les médecins généralistes.

28. Contrairement aux montants maximums qui coïncident avec la médiane de l'enquête, les montants maximums déduits du 3<sup>e</sup> quartile ou du percentile 90 ont toujours été arrondis au multiple de 500.

Ceux-ci utilisent les attestations de soins donnés et les prescriptions de médicaments du poste de garde. Ces “carnets” communs sont également comptabilisés dans les coûts des fournitures de bureau, ce qui explique partiellement les coûts supérieurs en cas de perception centralisée.

Dans les frais fixes figure uniquement l'assurance responsabilité des gestionnaires du poste de garde. Les assurances pour le personnel, l'infrastructure et éventuellement le véhicule du poste de garde sont comptabilisées sous les rubriques coordination-administration, accueil, loyer (frais variables) et transport. Outre l'assurance responsabilité des gestionnaires, plusieurs postes de garde contractent une assurance par médecin généraliste de garde. Ces frais ne sont plus financés dans le cadre de ce modèle et ce, pour deux raisons. Premièrement, chaque médecin généraliste a déjà contracté une assurance individuelle qui couvre sa responsabilité pendant les services de garde. Cette assurance couvre l'activité pendant les gardes de semaine mais aussi, normalement, pendant les gardes de week-end, comme dans le cas des postes de garde classiques. Deuxièmement, le financement d'une assurance supplémentaire pour les médecins généralistes individuels d'un poste de garde pourrait être considéré comme une mesure discriminatoire par rapport aux zones sans postes de garde où les médecins généralistes doivent eux-mêmes financer les coûts de leur assurance pour leurs services de garde.

Le poste comptable est un poste de dépenses fixe pour pratiquement chaque poste de garde. Dans le cas de la perception centralisée des honoraires de médecins, le modèle prévoit un montant maximum plus élevé (4.000 EUR au lieu de 2.124 EUR). En effet, dans pareils cas, la charge de travail est accrue en raison de la redistribution des honoraires entre médecins généralistes.

Les dépenses liées au paiement électronique dépendent de plusieurs facteurs. Premièrement, les frais d'utilisation par transaction. Plus il y a de consultations et de visites à domicile, plus les frais sont élevés. Deuxièmement, le type d'appareil utilisé. Les appareils mobiles utilisés dans le cadre des visites à domicile sont sensiblement plus chers que les appareils fixes. Troisièmement, le nombre d'appareils utilisés. Certains postes de garde possèdent par exemple 2 appareils mobiles. Enfin, quatrièmement, la location ou l'achat de terminaux de paiement. Un appareil en location est plus facile d'utilisation si l'appareil doit être remplacé mais il est plus onéreux à l'emploi en raison du prix de location. Provisoirement, il n'est pas tenu compte de ces différents facteurs dans le financement.

Le poste sensibilisation englobe les coûts liés à l'entretien et à l'hébergement du site web du poste de garde. Par ailleurs, une partie du montant annuel peut être réservée comme provision pour la communication à la population. Au lancement d'un projet, il faut réaliser des investissements dans la publicité et la visibilité du poste de garde parmi la population. À cette fin, un budget distinct est généralement prévu au niveau des frais d'investissements (cf. chapitre IV.2.b.). Toutefois, il peut régulièrement s'avérer nécessaire de lancer une nouvelle campagne. Dans ce contexte, le poste de garde peut utiliser la provision précitée.

Comme pour les terminaux de paiement, les coûts liés à la téléphonie, à la télécopie (fax) et à l'Internet dépendent de plusieurs facteurs. Premièrement, la fréquence d'utilisation des appareils. Deuxièmement, le type d'appareils utilisés. Outre les appareils fixes, de nombreux postes de garde utilisent des GSM pour les médecins généralistes qui effectuent des visites à domicile mais aussi parfois pour les administrateurs et/ou le coordinateur. Dans certains cas, outre l'abonnement pour la connexion Internet classique, le poste de garde paie également un abonnement pour l'Internet mobile afin que les médecins généralistes puissent se connecter au réseau du poste. Troisièmement, le nombre d'appareils et de lignes utilisés. Plusieurs postes de garde utilisent plusieurs lignes (accueil, cabinets des médecins généralistes, secrétariat/coordonateur ...). Quatrièmement, les frais d'abonnement divers qui peuvent fortement diverger d'un fournisseur à l'autre.

Le modèle ne définit pas précisément ce qu'il faut entendre par autres frais. Il s'agit des dépenses qui ne sont pas considérées comme structurelles dans les autres rubriques. Cela ne signifie pas qu'on puisse pour autant y inscrire n'importe quelle dépense. Les cotisations aux organisations faitières telles que le FAG ou les "Wachtposten Vlaanderen" ne sont par exemple plus acceptées. Pour la fixation du montant annuel, cette rubrique est évaluée le plus précisément possible. Au terme de l'exercice, le poste de garde doit étayer les dépenses dans cette rubrique et une décision est prise quant à leur approbation ou non. Divers projets inscrivent dans cette rubrique les frais d'entretien du système de sécurité du poste de garde.

Le secrétariat social assure l'administration salariale des postes de garde qui disposent d'un coordinateur, d'un collaborateur administratif, de personnel d'accueil ou de chauffeurs. Plus il y a de personnel dans le poste de garde, plus les frais de fonctionnement sont élevés. Pour l'instant, le modèle n'en tient pas compte. La plupart des secrétariats sociaux comptabilisent également des frais supplémentaires quand un poste de garde sollicite des avis en matière d'administration salariale ou de conditions d'emploi.

Par formation il faut entendre, de manière générale, la formation du personnel au sein des postes de garde. Il peut s'agir de formations en interne ou en externe en matière de premiers soins, d'accueil du client, de gestion de l'agressivité, de comptabilité, de procédures de traitement des appels... Il existe également des formations pour les médecins généralistes en matière d'utilisation de logiciels médicaux et pour les coordinateurs de gardes mais elles sont généralement comptabilisées dans les frais d'investissements, au départ du projet.

Le passif social est un dernier coût fixe. Il s'agit de la troisième provision prévue dans le modèle de financement. Si un poste de garde dispose de son propre personnel, il doit constituer un passif social qui ne peut être sollicité que lorsqu'un membre du personnel est licencié. Cela signifie d'emblée que cette partie du financement disparaît lorsque le passif social est intégralement constitué. Il n'existe toujours pas à l'heure actuelle de règles précises quant au mode de constitution et d'utilisation de ce passif social. Les postes de garde appliquent en l'occurrence différentes règles. Il faut avoir des accords clairs quant aux objectifs précis du montant du passif social, accords dans lesquels il faut essentiellement tenir compte de l'hypothèse selon laquelle les subventions du poste de garde de médecine générale seraient appelées à disparaître ou seraient insuffisantes. En attendant des règles uniformes, le montant annuel a été fixé à 5.000 EUR. Si le passif social constitué d'un poste de garde est insuffisant au moment où un membre du personnel est licencié, ce montant est jusqu'à nouvel ordre compensé via une correction unique après soumission de la problématique au groupe de travail de la CNMM.

## FRAIS VARIABLES

L'ensemble des frais liés au loyer, aux équipements utilitaires et aux assurances immobilières sont repris dans le modèle comme frais variables en fonction du nombre d'habitants qui peuvent faire appel au poste de garde et de la commune où le poste de garde est établi. En principe, les projets qui touchent un nombre plus élevé d'habitants doivent traiter davantage de consultations et ont donc besoin d'une infrastructure plus importante. Par ailleurs, le prix de location moyen au m<sup>2</sup> d'un immeuble est plus ou moins élevé en fonction de la commune où on souhaite installer un poste de garde.

Pour pouvoir évaluer la superficie d'un poste de garde en fonction du nombre d'habitants, les projets étudiés dans le cadre de l'enquête ont été subdivisés en 3 groupes selon le nombre d'habitants dans leur zone d'activité :

- 1) [0 – 75.000 habitants]
- 2) [75.001 – 150.000 habitants]
- 3) > 150.000 habitants.

Pour chaque groupe, on a alors calculé la répartition des superficies des bâtiments et de l'espace nécessaire au poste de garde pour fonctionner, à savoir l'ensemble des cabinets, l'accueil et la salle d'attente (cf. tableau 13). Nous calculons les mesures de dispersion au niveau des projets, ce qui signifie que pour les 3 bâtiments à Gand et les 2 bâtiments à La Louvière-Binche, nous utilisons chaque fois une superficie globale<sup>29</sup>. La médiane de la superficie du bâtiment total pour les groupes 1 et 2 se situe autour de 150 m<sup>2</sup>. En ce qui concerne les projets pour plus de 150.000 habitants, la médiane est de près de 200 m<sup>2</sup>. La superficie du bâtiment total varie fortement au sein de chaque groupe, notamment du fait que dans certains bâtiments, d'autres organisations sont également actives, telles que le CPAS, Kind & Gezin ou les services d'incendie. La dispersion de l'espace essentiel (cabinets + accueil + salle d'attente) est beaucoup plus petite et comporte des valeurs moins extrêmes. La médiane pour l'espace essentiel est cependant plutôt basse pour les 3 groupes. De ce fait, nous pouvons difficilement les utiliser comme base réaliste de calcul des montants maximums. C'est pourquoi nous avons décidé de prendre, par groupe, la médiane (arrondie) de la superficie de tout le bâtiment comme superficie requise pour nos calculs.

La superficie requise par groupe est ensuite multipliée par un prix de location au m<sup>2</sup> qui dépend de la commune où est installé le poste de garde. Pour les communes où aucun prix spécifique au m<sup>2</sup> n'est disponible, le prix de location d'une commune voisine comparable est pris en compte. Enfin, le montant mensuel est majoré de 15 % de frais pour les équipements utilitaires.

Pour un poste de travail installé à Spa dont la zone d'activité couvre 120.000 habitants, le montant maximum pour la location + les équipements utilitaires + les assurances immobilières s'élève à :

$$18,07 \times 150 \times 1,15 \times 12 = 37.405 \text{ EUR.}$$

Pour un même poste de travail situé à Saint-Nicolas (la commune la moins chère de la liste), le montant maximum est de :

$$9,68 \times 150 \times 1,15 \times 12 = 20.038 \text{ EUR.}$$

Si nous comparons ces montants à la répartition des dépenses réelles mentionnées dans l'enquête (tableau 13), le montant maximum pour Spa se situe au niveau du percentile 75 du groupe 2. Le montant pour Saint-Nicolas, montant maximum le moins élevé possible, se situe environ au niveau du percentile 75 du groupe 1.

29. Pour Gand et La Louvière-Binche, nous ne disposons en effet que de données cumulées transmises via l'enquête.

**Tableau 13 : Ventilation de la superficie totale des bâtiments, de l'espace « essentiel », du nombre de cabinets de consultation et du prix de location, par projet et en fonction du nombre d'habitants**

Groupe habitants	Nbre de postes	Médiane cabinets	Superficie bâtiment <sup>30</sup>					Superficie cabinets + salle d'attente + accueil <sup>31</sup>				
			P10	P25	P50	P75	P90	P10	P25	P50	P75	P90
Groupe 1	13	3	67	108	157	200	343	61	64	90	116	132
Groupe 2	16	3	59	83	148	193	335	50	70	90	138	200
Groupe 3	8	3	101	128	198	310	703	72	94	128	175	312
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>61</b>	<b>102</b>	<b>154</b>	<b>234</b>	<b>370</b>	<b>54</b>	<b>65</b>	<b>97</b>	<b>133</b>	<b>219</b>

Loyer + équipements utilitaires + assurance (dépenses 2010)									
Groupe habitants	Nbre de postes	Moy.	Min.	P10	P25	P50	P75	P90	Max.
Groupe 1	13	18.652	3.000	4.634	10.000	17.134	29.100	30.606	35.780
Groupe 2	16	26.521	4.310	7.806	15.487	26.108	37.546	43.037	57.614
Groupe 3	8	34.083	10.798	17.701	26.883	34.376	43.520	50.585	52.211
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>25.391</b>	<b>3.000</b>	<b>7.846</b>	<b>15.298</b>	<b>26.000</b>	<b>35.780</b>	<b>42.830</b>	<b>57.614</b>

Le modèle de financement fixe les frais d'entretien maximums à 35 % du montant destiné au loyer, aux équipements utilitaires et aux assurances immobilières. Par frais d'entretien il faut entendre les frais liés au nettoyage du poste de garde, au lavage du linge, au traitement des déchets et aux petites réparations.

### 1.b. Coordination et soutien administratif

Les salaires, contrairement aux frais fixes et variables précédemment étudiés, ont l'avantage de pouvoir être calculés avec exactitude étant donné que le nombre d'heures à prester, l'ancienneté, le barème et les éventuelles heures irrégulières sont connus. Pour les postes de garde ouverts tout le week-end (60 heures)<sup>32</sup>, les activités du coordinateur et du collaborateur administratif peuvent correspondre à maximum 0,8 équivalent temps plein (ETP)<sup>33</sup>, dont maximum 0,6 ETP pour le coordinateur. Pour le coordinateur, le modèle de financement se base sur une échelle salariale 1.80 (comité paritaire 330.1) et 10 ans d'ancienneté. Cela correspond à un barème mensuel non indexé de 2.315,51 EUR (base 2004). Dans le calcul du salaire du coordinateur, on prend en compte, par semaine, 2 heures de travail en soirée avec un supplément de 20 % et 2 heures de travail le samedi avec un supplément de 26 %.

Pour le collaborateur administratif, le modèle de financement se base sur une échelle salariale 1.39 (PC 330.1) et 10 ans d'ancienneté, ce qui correspond à un barème mensuel non indexé de 1.532,54 EUR (base 2004). Pour le calcul des coûts salariaux du collaborateur administratif il n'est pas tenu compte d'heures irrégulières.

30. Attention : certains projets sont installés dans un bâtiment où d'autres activités sont également organisées et, par conséquent, la superficie de l'ensemble du bâtiment est supérieure aux autres projets.

31. Cette surface « essentielle » est beaucoup moins dispersée que la superficie totale des bâtiments et génère moins d'observations extrêmes.

32. Il faut entendre par « heures d'ouverture » les heures pendant lesquelles un patient peut consulter un médecin généraliste au poste de garde. Les heures pendant lesquelles le poste de garde est fermé physiquement et pendant lesquelles les médecins généralistes effectuent uniquement des visites à domicile ne sont pas assimilées à des heures d'ouverture.

33. 1 ETP correspond à 38 heures de travail par semaine. 0,8 ETP correspond donc à 30,4 heures, soit un 4/5<sup>e</sup> temps.

Sur la base de ces paramètres, le montant maximum pour le coordinateur et le collaborateur administratif s'élève au total à 51.602,20 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Si un poste de garde est ouvert moins de 60 heures pendant les week-ends, ce montant est adapté proportionnellement au nombre d'heures d'ouverture. Pour 48 heures d'ouverture, le montant maximum sera donc de 41.281,76 EUR. Si un poste de garde est ouvert moins de 24 heures pendant les week-ends, aucun budget n'est alors octroyé pour la coordination et/ou l'administration.

En principe, le montant de 51.602,20 EUR est un maximum absolu, même si le poste de garde est ouvert en soirée pendant la semaine et totalise donc plus de 60 heures d'ouverture<sup>34</sup>. Dans le cas où plusieurs postes de garde collaborent et où les frais de fonctionnement globaux des postes concernés peuvent diminuer en raison de l'agrandissement d'échelle, le nombre d'heures de travail peut éventuellement être augmenté, moyennant concertation. Citons pour exemple les 7 postes de garde du projet Luxembourg-Dinant, où un seul et même coordinateur temps plein suffit pour la zone entière.

Dans le cadre qui vient d'être défini, les postes de garde peuvent déterminer eux-mêmes l'organisation de la coordination/administration. Le poste de garde n'est pas tenu d'appliquer le comité paritaire 330.1 et les échelles salariales 1.80 et 1.39, qui ne sont utilisées que pour calculer le montant maximum. Lorsqu'un poste de garde engage par exemple un professionnel bachelier comme coordinateur salarié, il va de soi qu'une autre échelle salariale inférieure est appliquée conformément au niveau de formation de ce collaborateur, et pas l'échelle salariale 1.80 ou son équivalent. Un poste de garde peut aussi choisir de réduire le temps de travail du coordinateur, ce qui, dans le cadre du même budget, libère des heures pour le collaborateur administratif ou permet de payer des heures irrégulières prestées par ce dernier. Tant que le coût total pour le coordinateur et le collaborateur administratif n'excède pas le montant maximum et que le coordinateur ne preste pas plus de 0,6 ETP, le poste de garde est libre de fixer ses priorités.

Telle que la rubrique a été conçue, le coordinateur est un collaborateur salarié. Certains postes de garde choisissent néanmoins de confier cette tâche<sup>35</sup> à un ou plusieurs médecins généralistes ou administrateurs du cercle. Dans ce cas, le(s) médecin(s) en charge d'un rôle de coordinateur est/sont mentionné(s) nominativement dans la convention du poste de garde.

Récemment, une discussion a eu lieu pour savoir quel comité paritaire, du CP 330 ou du CP 337, était compétent pour recruter du personnel dans un poste de garde de médecine générale. Bien que, comme déjà dit, nous nous basions sur le CP 330 pour le calcul des montants maximums, nous ne nous prononçons pas davantage sur le comité paritaire qui devrait dans la pratique être appliqué effectivement. Un éventuel prononcé en faveur du CP 337 aurait un impact sur le montant maximum pour la rubrique coordination et soutien administratif.

### 1.c. Accueil

À l'instar de la rubrique "Coordination et soutien administratif", le montant maximum pour l'accueil est calculé sur la base d'un nombre déterminé d'heures d'ouverture, de l'ancienneté, de barèmes et d'heures irrégulières.

34. Le modèle de financement tient uniquement compte des gardes du week-end. Les éventuelles activités en soirées de semaine n'ont aucune incidence sur les montants maximums et ne sont donc en principe pas financés. Une exception à la règle est prévue pour 5 postes de garde : le coût et la plus-value de la garde de semaine en poste de garde sont évalués.

35. Il s'agit des tâches d'un coordinateur et pas de la gestion financière du poste de garde (= tâche qui incombe au cercle des médecins généralistes) ou de la responsabilité médicale finale des administrateurs.

Pour les postes de garde qui sont ouverts tout le week-end (60 heures), 61 heures d'accueil maximum sont prises en compte pour le financement. Plusieurs postes de garde commencent leur service de garde dès le vendredi soir à 19 heures et le terminent le lundi matin à 8 heures. Le modèle se base sur une échelle salariale 1.14 (CP 330.1) et 10 ans d'ancienneté. Cela correspond à un barème mensuel non indexé de 1.266,84 EUR (base 2004). Pour 61 heures d'accueil, les heures irrégulières sont calculées comme suit : 1 heure de travail en soirée à 20 %, 14 heures le samedi à 26 %, 22 heures de travail de nuit à 35 % et 24 heures le dimanche à 56 %.

Le coût maximum pour les salaires du personnel d'accueil s'élève par conséquent à 106.983,54 EUR à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013. La formule tient compte du fait que les postes de garde qui assurent l'accueil en gestion propre doivent constituer une plus grande réserve de collaborateurs d'accueil pour pouvoir compenser les absences pour cause de maladie ou en cas de congés<sup>36</sup>. Si un poste de garde est ouvert moins de 61 heures le week-end, le montant total est alors calculé proportionnellement en fonction du nombre réel d'heures d'ouverture. Pour 48 heures d'ouverture, cela signifie que le montant maximum s'élève à 84.183,77 EUR. Contrairement au budget prévu pour la coordination et/ou l'administration, il n'y a pas de nombre minimum d'heures d'ouverture prévu pour la rubrique "Accueil".

Pour l'accueil non plus, il n'y a pas de forme organisationnelle spécifique imposée par les principes de standardisation. Les postes de garde peuvent choisir de travailler avec des intérimaires, des étudiants, du personnel propre ou une combinaison de ces options. L'application du CP 330.1 et de l'échelle salariale 1.39 n'est pas non plus obligatoire. Un des postes de garde fait notamment appel à des praticiens de l'art infirmier pour l'accueil de ses patients. Outre l'accueil, ces praticiens de l'art infirmier effectuent également certaines tâches paramédicales, ce qui allège la tâche des médecins généralistes de garde. Les infirmiers sont payés par le poste de garde sur la base d'un nombre préalablement établi de prestations administratives et infirmières par week-end et d'un forfait par type de prestation. Pour 2013, ce poste de garde réussit à respecter le montant maximum fixé pour l'accueil.

La discussion quant au comité paritaire compétent, telle qu'énoncée à la rubrique Coordination et soutien administratif, est également pertinente pour le montant maximum destiné au personnel d'accueil.

## 1.d. Transport

Comme déjà dit au chapitre II.1.h., la notion de transport couvre différents aspects :

- transport du médecin pendant ses heures de visites à domicile en voiture avec chauffeur via une firme externe, commerciale ou non
- transport du médecin pendant ses heures de visites à domicile en voiture avec chauffeur en gestion propre du service de garde
- déplacements du médecin avec sa propre voiture, éventuellement indemnisés.

Le transport de patients vers le poste de garde en taxi (social) ou via une combinaison des formules précédentes existent également sur le terrain.

36. Dans la note CSS 2012/248 figure un montant maximum de 81.320,65 EUR pour les salaires du personnel d'accueil. Ce montant ne tient pas suffisamment compte 1) du remplacement des collaborateurs d'accueil absents pour maladie ou congé, 2) des heures prestées pendant les jours fériés. Ce montant a été rectifié dans la note CSS 2012/447.

Étant donné que des contrats avec des sociétés commerciales externes de transport sont généralement plus onéreux que les autres formules, le montant maximum pour cette rubrique est déterminé par le contrat commercial le plus avantageux pour 60 heures de transport de médecins via une société de transport externe pour 1 voiture "all-in" avec chauffeur. Initialement, ce montant avait été fixé à 79.337,27 EUR (note CSS 2012/248). Ce montant est basé sur un chauffeur dormant ex situ, ce qui signifie que pendant les moments d'inactivité, il ne doit pas être présent au poste de garde. En cas d'appel pour une visite à domicile, il doit être disponible au service de garde dans un délai déterminé (généralement dans les 10 à 15 minutes). La rémunération des périodes pendant lesquelles le chauffeur n'est pas en route est inférieure.

Une discussion est cependant menée quant à savoir si la période pendant laquelle le chauffeur dormant ex situ peut être appelé sans effectuer effectivement de prestations de services doit être ou non considérée comme un temps de travail requérant une rétribution ad hoc (plus élevée). Comme décrit dans la note CSS 2012/447, la réponse dépend de 2 autres questions : de quel type de transport s'agit-il et quel comité paritaire est compétent ? La Communauté flamande, qui est également compétente pour la première question, estime qu'il faut toujours payer le temps de travail pour le chauffeur dormant ex situ. Par prudence, et en attendant une réponse claire à cette question, il a été décidé d'augmenter provisoirement le montant maximum pour le transport à 112.200,00 EUR. Dans les conditions susmentionnées, il s'agit du coût de la formule commerciale la plus avantageuse connue du Service des soins de santé de l'INAMI.

Le montant maximum est proportionnel au nombre d'heures réel de transport de médecins dans le cadre des gardes de week-end des postes de garde de médecine générale (donc max. 60 heures). Pour 48 heures de transport, cela signifie donc un montant maximum de 89.760,00 EUR. Si la zone d'activité est supérieure à 600 km<sup>2</sup>, le modèle de financement prévoit pour les heures prestées la journée en week-end (samedi et dimanche de 8 heures à 20 heures) un budget pour une 2<sup>e</sup> voiture avec chauffeur, soit 44.800,00 EUR. Ce financement est également proportionnel au nombre effectif d'heures de transport de médecins dans le cadre des activités de jour en week-end (donc max. 24 heures).

Pour le transport également, les postes de garde sont appelés à chercher des possibilités de synergie. Si plusieurs postes de garde négocient un contrat commun de transport pour un territoire plus étendu, cela devrait avoir un effet favorable sur le coût total. En outre, dans pareils cas, il serait possible d'utiliser de manière flexible des voitures supplémentaires pour intervenir à des moments surchargés au-delà des frontières des postes de garde existants. Jusqu'à présent, il n'existe pas d'exemples concrets de projets où cette idée a pu être réalisée.

### 1.e. Dépenses non comptabilisées

Certaines dépenses des postes de garde de médecine générale ne seront plus financées après la mise en place des principes de standardisation. Un premier groupe de dépenses a déjà été supprimé des budgets pour l'exercice 2012. Il s'agit des indemnités de gestion du poste de garde, des coûts liés au catering et des frais de représentation. À partir de 2013, le paiement des dépenses suivantes sera également refusé : produits pharmaceutiques et matériel médical, amortissements, personnel soignant, équipement du cabinet de consultation et frais bancaires. Voici quelques explications à ce sujet.

Les indemnités de gestion telles que visées dans la note CSS 2012/248 sont les indemnités destinées à la gestion financière du poste de garde par les administrateurs du cercle. Les cercles de médecins généralistes ont pour mission essentielle d'organiser le service de garde (Maroy, 2008). Pour pouvoir accomplir cette mission, les cercles reçoivent une subvention de l'INAMI. Le motif qui sous-tend la suppression des indemnités de gestion est que la gestion financière du service de garde, avec ou sans poste de garde de médecine générale, est déjà financée via la subvention au cercle.

La résistance face à la suppression des indemnités de gestion en faveur des responsables de postes de garde s'est organisée parmi la majorité des postes de garde. Ce volet des principes de financement est vécu sur le terrain comme un acte de mépris vis-à-vis des efforts et des engagements des médecins généralistes qui ont développé les postes de garde. Tant en phase de démarrage (parfois longue) d'un poste de garde que dans le cadre du fonctionnement quotidien, les responsables de postes de garde assument une importante responsabilité médicale et investissent beaucoup de temps dans le projet, en sus du travail dans le contexte classique du cercle de médecins généralistes. Après avoir pris connaissance de ces objections, le CNMM a reconnu que le travail de ces médecins généralistes devait être honoré correctement (note CSS 2012/447). La CNMM campe néanmoins sur ses positions et maintient que le financement doit se faire via les moyens financiers des cercles de médecins généralistes. Le groupe de travail "Postes de garde de médecine générale" de la CNMM a donc reçu pour mission en 2013 "de mettre au point les conditions de ce système de rémunération, en tenant compte des possibilités financières des cercles en question et en tendant à un traitement équitable entre d'une part les initiatives prévoyant un poste de garde et d'autre part des projets prévoyant une autre forme de réorganisation de la garde" (note CSS 2012/447). Pour cela il faut bien sûr d'abord avoir un aperçu précis des moyens financiers dont dispose chaque cercle<sup>37</sup>. Bien qu'il n'y avait en 2013 que peu de progrès sur ce dernier point, les premières lignes ont déjà été fixées pour installer un système de rémunération en 2014.

Par produits pharmaceutiques et matériel médical il faut entendre les médicaments que le médecin généraliste procure en cours de consultation ou pendant les visites à domicile et le petit matériel médical comme les pansements, le fil, le sparadrap, les abaisse-langue, etc. Par rapport à la déception quasi généralisée concernant la suppression des indemnités de gestion, la réaction face à la suppression des frais de produits pharmaceutiques et de matériel médical est très partagée. Plusieurs postes de garde ne sont pas d'accord avec la décision. D'autres en revanche estiment que les médecins généralistes de garde dans des zones sans poste de garde de médecine générale endossent eux-mêmes également ces frais. Par ailleurs, le coût du matériel médical tel que les pansements et le fil est déjà intégré dans les honoraires que le médecin généraliste peut attester pour ces prestations. D'ailleurs, l'équipement complet du poste de garde, y compris les produits pharmaceutiques et le matériel médical, est, dans la plupart des cas, déjà compris dans les frais d'investissements dès la mise en service du poste de garde. L'INAMI prévoit ainsi donc déjà un équipement de base complet que les médecins généralistes ne doivent pas financer eux-mêmes.

Les amortissements que certains postes de garde ont hérités du passé sont traités séparément au cours de l'année 2013. Le modèle de financement ne prévoit pas de rubrique distincte pour les amortissements mais reprend néanmoins certaines dépenses sous forme de provision (par ex. : matériel informatique).

Par personnel soignant il faut entendre les praticiens de l'art infirmier qui effectuent essentiellement des tâches paramédicales et dont les coûts s'ajoutent à ceux du personnel d'accueil. Dans un des postes de garde (cf. chapitre IV.1.c.), des infirmiers ont certes été engagés mais ils exercent une fonction d'accueil manifeste et sont intégralement financés dans le cadre du budget prévu pour la rubrique "Accueil".

L'équipement du cabinet de consultation est financé dans le cadre des frais d'investissements. Le modèle de financement ne comporte pas de provision pour le remplacement de ce matériel. Il est toutefois prévu de rembourser, par une correction unique, les dépenses pour le remplacement de matériel médical plus important tel qu'une table d'examen, après approbation par le groupe de travail "Postes de garde de médecine générale" de la CNMM.

37. Le financement des cercles peut bien évidemment être calculé précisément pour chaque cercle de médecins généralistes sur la base du nombre d'habitants. Les réserves financières que nombre de cercles ont constituées ne sont cependant pas connues. En effet, les cercles n'ont jusqu'à présent pas dû établir de rapport financier à l'intention du SPF Santé publique ou de l'INAMI.

## 2. Modèle de financement en cours de développement

Le modèle ne sera intégralement implémenté qu'en 2014 mais 4 objectifs ont déjà été partiellement réalisés :

### 1. Maîtrise des dépenses

L'application de la première phase du modèle de financement a généré en 2012 une marge budgétaire supplémentaire de 367.972,66 EUR en sus du montant de 1.486.742,94 EUR qui était encore disponible dans le budget total de 10.915.000 EUR après paiement de tous les frais de fonctionnement des postes de garde<sup>38</sup>. Via le budget disponible qui s'élevait à 1.854.715,60 EUR, l'INAMI a pu payer des corrections uniques d'un montant total de 648.353,04 EUR pour les postes de garde existants et des frais d'investissements d'un montant total de 393.634,76 EUR pour les projets de Louvain et Tirlemont. Pour 2013, l'application de la seconde phase du modèle de financement permet de financer des corrections structurelles à apporter aux budgets de fonctionnement des postes de garde existants, en ce compris les frais de fonctionnement des 3 nouveaux postes à Lierre, Louvain et Tirlemont.

### 2. Promouvoir l'égalité entre les projets

Cela ne signifie pas que chaque projet recevra le même budget de fonctionnement annuel. En effet, il subsiste des différences sensibles au niveau du financement de chaque poste de garde. L'égalité existe néanmoins au niveau des principes appliqués pour fixer les budgets de fonctionnement. Des différences au niveau du financement peuvent ainsi être justifiées par des différences plus documentées au niveau de l'organisation.

### 3. Promouvoir la transparence dans les dossiers

Le modèle de financement nous contraint d'examiner de manière ciblée les dépenses et les modalités de fonctionnement des postes de garde. En développant un rapport uniforme et en menant une concertation intensive avec les postes de garde, nous bénéficions désormais d'un meilleur aperçu du fonctionnement des projets et des dépenses soumises à l'INAMI. Cela permet :

- de mieux comparer les projets
- d'identifier à terme quelles formes organisationnelles sont financièrement les plus efficaces
- d'encourager les postes de garde à examiner leurs propres dépenses de manière critique, à tirer les leçons des autres postes de garde et à chercher des alternatives
- à l'INAMI, d'effectuer plus efficacement le contrôle financier des projets
- de rendre les budgets des postes de garde individuels davantage prévisibles et maîtrisables pour la CNMM et le Comité de l'assurance
- de faciliter le processus décisionnel concernant le financement global.

### 4. Promouvoir la communication entre la CNMM et les postes de garde

- En confrontant les principes de financement à la pratique, on comprend vite si les décideurs politiques et les postes de garde sont oui ou non sur la même longueur d'ondes. Un consensus est possible sur une base objective quant à ce qui est nécessaire et souhaité au niveau du financement des postes de garde.

38. Note CSS 2012/447.

## 2.a. Critiques concernant le modèle

Pour l'application du modèle de financement, nous pouvons constater que toutes les parties possibles des différents projets de poste de garde ne peuvent être incluses dans les principes de standardisation. Cette confrontation entre modèle et réalité nous contraint à faire une autre constatation : le modèle de financement et, par extension, toute la politique relative aux postes de garde ne sont pas intégrés dans une vision stratégique élargie univoque quant à la problématique de la médecine de garde. De ce fait, le modèle est exposé aux critiques externes. Nous-mêmes pouvons en outre formuler quelques remarques intrinsèques au modèle.

*1. Le modèle de financement fixe un montant maximum pour chaque rubrique et sous-rubrique de frais. Néanmoins, les coûts réels d'un poste de garde sont maintenus s'ils sont inférieurs au montant maximum. Nous pourrions estimer injuste que chaque poste de garde ne puisse automatiquement prétendre à ces montants maximums. Mais même après application des principes de standardisation, il subsiste des postes de garde dont le budget de fonctionnement est très élevé par rapport au financement très modeste d'autres postes qui sont alors les dupes de leur propre parcimonie.*

Indépendamment du fait que l'attribution des montants maximums à tous les postes de garde entraînerait une explosion sans précédent du budget total des postes de garde, le but n'est pas que l'assurance maladie finance des frais de fonctionnement qu'un poste de garde n'engagera jamais. Si les dépenses réelles sont supérieures au maximum, le poste de garde doit adapter son organisation à l'exemple d'autres projets qui, pour la rubrique en question, ne dépassent pas les limites de la norme. Si les dépenses pour une rubrique sont inférieures au maximum, ces dépenses traduisent les besoins réels du poste de garde. Si ces dépenses doivent augmenter à l'avenir, elles ne pourront être prises en compte sur la base des principes de financement que si le motif de l'augmentation peut être démontré et justifié.

*2. Le montant maximum de certains frais opérationnels fixes est basé sur la médiane des dépenses de 2010. Nous pourrions dire que la médiane constitue une limite très stricte qui ne tient pas suffisamment compte des postes de garde plus grands qui doivent effectuer de nombreuses visites à domicile et/ou consultations.*

C'est une remarque pertinente. Le nombre de visites à domicile et de consultations a par exemple une incidence sur les coûts liés aux terminaux de paiement, étant donné qu'il faut payer un forfait par transaction. Il ressort des entretiens individuels avec les postes de garde que les coûts liés au secrétariat social sont aussi souvent supérieurs au maximum appliqué lorsqu'on dispose d'un personnel nombreux en gestion propre.

Les montants maximums proposés dans le modèle de financement peuvent toujours être adaptés si des raisons objectives le justifient. Cela s'est par exemple déjà produit, lors du développement d'un poste de garde, au niveau des frais fixes liés aux fournitures de bureaux et à la comptabilité. Pour ces 2 postes, le montant maximum a été augmenté dans les postes de garde qui perçoivent les honoraires de médecins de façon centralisée. Dans l'exemple du secrétariat social en revanche, une partie de la variabilité était due aux prix disparates appliqués dans les différents secrétariats sociaux. Certaines de ces sociétés facturent des sommes substantielles pour chaque avis en sus de l'administration salariale. Dans ce cas, il ne semble pas adéquat d'augmenter d'emblée le montant maximum. Il vaut mieux inciter les postes de garde, en tant que secteurs, à négocier ensemble un meilleur prix.

*3. Le modèle de financement examine pour chaque poste de dépenses les dépenses réelles par rapport au montant maximum. Si les frais d'un poste de garde pour une rubrique déterminée sont inférieurs au montant maximum, cette différence ne peut être utilisée pour compenser des frais supérieurs dans une autre rubrique. Un système de "vases communicants" offrirait pourtant davantage de flexibilité au poste de garde pour adapter son financement aux besoins locaux.*

Un système de vases communicants offre en effet davantage de flexibilité mais il est également plus difficile à contrôler. Par ailleurs, il trouble la transparence que nous voulons obtenir dans cette phase du financement. Le modèle de financement est sur ce plan moins flexible mais (nous l'espérons) il incite le poste de garde à examiner chaque rubrique de son propre fonctionnement et à chercher des alternatives plus poussées qu'un simple glissement de dépenses d'une rubrique à l'autre.

*4. Le modèle tente, sur la base d'une série de principes, de mettre en place un financement contrôlé et équilibré pour les postes de garde. Pour certains postes de dépenses mais pas tous, il tient ainsi compte du nombre d'heures d'ouverture, du nombre d'habitants et de la superficie de la zone d'activité. N'est-il pas plus simple et plus juste de fixer tous les frais de fonctionnement sur la base de ces paramètres ? On peut par exemple attribuer un montant fixe par habitant, comme c'est déjà le cas dans le cadre du financement des cercles de médecins généralistes.*

Plaider pour un financement par habitant, à l'instar des cercles de médecins généralistes, est compréhensible. Toutefois, il ne nous semble pas, pour l'instant et pour diverses raisons, souhaitable de passer à ce type de système. Premièrement, le nombre d'habitants ne constitue qu'un des paramètres ayant une incidence sur les frais de fonctionnement. Deuxièmement, pareil système n'encourage pas les postes de garde à créer la transparence nécessaire dans la façon d'utiliser les subventions et à chercher des alternatives aux formes organisationnelles historiques onéreuses. Troisièmement, nous disposons actuellement d'une base objective insuffisante pour établir un montant fixe par habitant. Dans le meilleur des cas, nous pourrions baser ce montant sur la médiane ou le coût moyen par habitant pour les projets existants. Il serait dans ce cas néanmoins difficile de se prononcer sur d'éventuelles plaintes du terrain selon lesquelles le financement est insuffisant pour l'un ou l'autre poste de garde.

*5. Le modèle de financement régule les frais de fonctionnement structurels. Les frais uniques ne figurent (provisoirement) pas dans le modèle de financement. Comment les postes de garde doivent-ils financer des travaux d'entretien plus importants ? Que faire s'il faut remplacer du matériel volumineux comme une table d'examen ou un banc pour la salle d'attente ?*

Comme déjà dit au chapitre IV.1.e., il n'y a effectivement pas pour l'instant de provision pour le remplacement de matériel ou pour de gros travaux d'entretien. Si ces dépenses s'avèrent nécessaires, le poste de garde doit en informer préalablement le groupe de travail "Postes de garde de médecine générale" de la CNMM. Après approbation de la demande, les frais pourront être remboursés via une correction unique.

*6. Loyers, salaires, frais de transport, etc. sont indexés annuellement. Il n'en est pas tenu compte dans le modèle de financement, tel comme il est conçu initialement. Il s'agit pourtant de frais réels que les postes de garde devront prendre en charge. Les montants maximums seront donc à terme insuffisants pour tous les projets.*

Pour l'exercice 2013, les salaires pour la coordination, l'administration et l'accueil ont déjà été indexés. À côté des rubriques susmentionnées, les loyers et les frais de transport seront indexés en 2014 lors de la fixation des budgets.

## 2.b. Frais d'investissements

Le modèle que nous présentons dans cet ouvrage porte uniquement sur les frais de fonctionnement annuels des postes de garde de médecine générale. Au lancement, les projets reçoivent également un financement unique pour couvrir d'éventuels frais d'investissements. Il s'agit en l'occurrence de travaux de transformation, de la location du bâtiment pendant la phase de lancement, du salaire du coordinateur pendant la même période, de l'aménagement et de l'équipement des cabinets, de la salle d'attente et de l'accueil, des frais d'infrastructure informatique et des frais de publicité du projet auprès de la population, etc. Les frais d'investissements qui sont soumis à l'INAMI varient aussi fortement que les frais de fonctionnement que nous avons exposés jusqu'à présent. Certains postes de garde demandent peu ou pas de frais d'investissements, d'autres introduisent des demandes totalisant près de 300.000 EUR.

Actuellement, les frais d'investissements sont toujours négociés dossier par dossier avec les postes de garde candidats. Il existe peu de règles concrètes pour accepter ou non certaines estimations de frais. Des directives ont été conçues uniquement pour la location et le salaire du coordinateur en phase de lancement. Un poste de garde candidat peut facturer au maximum 3 mois de loyer, proportionnellement au loyer annuel maximum tel qu'il a été calculé suivant les principes de standardisation. Pour le coordinateur, un maximum de 6 mois de salaire peut être demandé, également proportionnellement au montant maximum tel qu'il a été calculé suivant le modèle de financement.

Il va de soi que le groupe de travail "Postes de garde de médecine générale" de la CNMM devrait également concevoir pour les frais d'investissements un cadre précis dans lequel des décisions incontestables peuvent être prises.

Enfin, pour un nombre restreint de dossiers, il est demandé si l'infrastructure du poste de garde peut être acquise via les frais d'investissements. Les délais dans lesquels les choix stratégiques sont faits en ce qui concerne les postes de garde de médecine générale ne permettent pas actuellement de prendre clairement position sur la faisabilité et l'opportunité d'une acquisition de propriété qui serait - éventuellement partiellement - financée via les frais d'investissements.

## 2.c. Modèles alternatifs

Pour la fixation des montants maximums, le modèle de financement se base sur une forme organisationnelle standard : 60 à 61 heures d'ouverture pendant le week-end, 37 heures d'ouverture les jours fériés, une garde mobile pendant ces heures, un coordinateur et un collaborateur administratif salariés, un personnel d'accueil pendant les heures d'ouverture et une voiture avec chauffeur pour effectuer les visites à domicile.

Cela ne couvre pas toutes les modalités organisationnelles présentes sur le terrain.



Voici 2 exemples :

### 1. Visites à domicile uniquement

Certains postes de garde ferment pendant quelques heures le week-end et n'effectuent à ces moments-là que des visites à domicile. Un des motifs de cette forme organisationnelle est le nombre relativement peu élevé d'appels la nuit au poste de garde. Et plus la zone d'activité est étendue, moins les patients se rendent eux-mêmes au poste de garde. Dans ces cas, le médecin généraliste de garde peut consacrer plus efficacement son temps aux visites à domicile.

Dans le cadre des visites à domicile, un des projets fait appel à une société externe qui traite les appels entrants et informe les médecins généralistes des rondes qu'ils doivent effectuer. Ce type de prestation de services n'est pas repris dans les principes de financement et requiert donc une décision distincte au moment où le budget du poste de garde est fixé.

Un autre projet va encore plus loin. Les médecins généralistes concernés ne souhaitent pas s'organiser en poste de garde central mais demandent exclusivement une aide financière pour le transport pendant les visites à domicile. Conceptuellement, ce type de réorganisation du service de garde s'écarte très fort du principe du poste de garde.

## 2. Gardes en semaine

Le modèle de financement se base sur l'activité pendant les week-ends et les jours fériés. Les soirs et les nuits de semaine, un service de garde classique est normalement organisé partout en Belgique. Un nombre limité de projets organisent toutefois des visites à domicile en soirée et/ou la nuit en semaine ou ouvrent leurs portes pour des consultations (cf. chapitre II.1.c.). Par ailleurs, en semaine, 2 postes de garde sont également ouverts en journée. Cette dernière activité ne peut être considérée comme un service de garde. Par conséquent, elle n'est plus financée à partir de 2013.

Le financement des soirées de semaine est provisoirement poursuivi à titre expérimental dans 5 postes de garde. Une extension du modèle de financement dans le cadre de la garde de semaine pour tous les postes de garde est néanmoins impossible sans moyens financiers supplémentaires, étant donné les lourdes conséquences budgétaires que cela suppose.

## V. Conclusion

Le nombre croissant de postes de garde de médecine générale, l'augmentation annuelle des moyens financiers injectés dans le secteur et la grande diversité des dépenses communiquées par les projets soulignent la nécessité d'une politique financière transparente pour les postes de garde. La condition principale pour concrétiser cette politique est de bien connaître et comprendre les modalités de fonctionnement des postes. C'est uniquement en cartographiant les choix qui ont été faits dans le cadre de la réorganisation des services de garde que nous pouvons comprendre les différences historiques sur le terrain. En effectuant une radioscopie standardisée des projets en 2011, nous avons franchi un pas important dans cette direction.

Sur la base des informations récoltées, un modèle de financement a été conçu permettant de prendre objectivement des décisions quant aux moyens de fonctionnement de chaque poste de garde de médecine générale. Le modèle en question fixe des principes de financement spécifiques pour 5 postes de dépenses : les frais opérationnels fixes et variables, la coordination et le soutien administratif, l'accueil, le transport et les frais non comptabilisés. Ces principes prennent en compte les différents paramètres qui caractérisent le fonctionnement des postes de garde : le nombre d'heures d'ouverture, le nombre d'habitants, la superficie de la zone d'activité et l'éventuelle perception centralisée des honoraires de médecins par le poste de garde. L'application se fera en 3 phases, de 2012 à 2014, les postes de garde existants ayant ainsi l'opportunité de s'adapter aux nouvelles règles sans mettre en péril la continuité de leur fonctionnement. Par des corrections structurelles et uniques, d'éventuels déficits du passé ont pu être liquidés au début de la 2<sup>e</sup> phase et les besoins financiers actuels des postes ont servi de base au financement des frais de fonctionnement en 2013.

Par rapport au processus décisionnel *ad hoc* antérieur, le modèle de financement constitue un progrès manifeste pour la gestion des dossiers individuels et pour le processus décisionnel concernant le financement global. En 2012 et 2013, l'application des principes de standardisation a déjà permis de dégager la marge budgétaire supplémentaire requise pour financer les frais de fonctionnement et d'investissements de 3 nouveaux postes de garde. L'élargissement du budget total pour 2013 et le modèle de financement comme fil conducteur permettront prochainement à d'autres projets candidats de conclure une convention avec le Comité de l'assurance.

L'implémentation du modèle se poursuivra en 2013. À l'avenir, il subira sans aucun doute quelques modifications. Nous considérons les principes énoncés dans cette étude comme un instrument en développement. Sur la base d'un consensus, les options les plus avantageuses en termes de qualité et d'efficacité financière pour l'organisation d'un poste de garde peuvent y être intégrées. Telle est la meilleure garantie pour que l'assurance maladie poursuive, dans un proche avenir, le financement stable et équilibré de la réorganisation des services de garde de médecine générale.



2<sup>e</sup> Partie

Évolution de la législation  
en matière d'assurance  
soins de santé et  
indemnités



# 1<sup>er</sup> trimestre 2013

## I. Aspects institutionnels et administratifs

### a. Fonds des accidents médicaux

Le Fonds des accidents médicaux (FAM) a été créé par la loi du 31 mars 2010. Il est au service de personnes qui estiment avoir subi des dommages résultant de soins de santé et qui souhaitent, dans ce contexte, obtenir un avis et une indemnisation<sup>1</sup>.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2012, le FAM fait partie de l'INAMI.

L'intégration a été rendue possible d'une part, par l'intégration de certaines dispositions de la loi de 2010 dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités et, d'autre part, par l'instauration de quelques nouvelles dispositions<sup>2</sup> :

- le "Fonds des accidents médicaux" est géré par un Comité de gestion. La création de ce Comité de gestion, semblable aux Comités de gestion gérant d'autres domaines de l'AMI, garantit l'autonomie du nouveau service lors de l'exécution et du suivi de ses missions légales. La composition du Comité est décrite de même que les compétences qu'il assure
- les sources de financement du FAM ont été déterminées, tant pour les missions du FAM que pour son fonctionnement (budget de gestion, frais d'administration).

### b. Responsabilité financière

Deux modifications sont entrées en vigueur<sup>3</sup>.

La responsabilité financière globale des organismes assureurs est appliquée en vérifiant dans quelle mesure leurs dépenses sont supérieures ou inférieures à l'objectif budgétaire global. L'objectif budgétaire est réparti entre organismes assureurs sur la base de la quotité budgétaire. La quotité de chaque organisme assureur découle de la pondération de deux clés de répartition. Pour la clé de répartition normative, un arrêté royal peut déléguer au Conseil général de l'assurance soins de santé la modification de caractéristiques des paramètres.

Pour l'application de la responsabilité financière, une neutralisation de l'objectif budgétaire global relative aux montants dépensés ultérieurement est en outre appliquée du fait que des mesures entrent en vigueur après le 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice budgétaire.

### c. Échantillon permanent

L'échantillon permanent est un échantillon anonyme, représentatif de la population belge, composé de données disponibles au sein des mutualités dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé. Il s'agit de données sur la population, de données de facturation de soins de santé et de données (Pharmanet) relatives aux médicaments.

1. Loi du 31.03.2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, M.B. du 02.04.2010.

2. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 27-43.

3. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 19-20.

La loi-santé du 19 mars 2013 constitue une base légale pour compléter l'échantillon permanent d'informations complémentaires. En fonction du niveau de détail de ces informations (données anonymes vs. données individuelles) et en fonction du caractère permanent ou non de ce complément d'information (ajout unique pour un projet spécifique ou ajout permanent), des mesures supplémentaires et plus contraignantes relatives à la protection de la vie privée sont imposées<sup>4</sup>.

Le législateur a prévu des conditions strictes pour permettre d'ajouter des données individuelles à l'échantillon permanent existant.

#### d. E-Health

La plate-forme E-Health a été créée en 2008<sup>5</sup>. Celle-ci prévoit :

- l'organisation du flux de données à des fins médico-administratives
- l'organisation des registres relatifs à divers domaines cliniques (implants, maladies rares, produits de substitution, registre du cancer, etc.)
- la collecte des données anonymes et encodées en vue de la réalisation d'études scientifiques et stratégiques.

La loi-santé élargit davantage la plate-forme. Des données de santé relatives au patient peuvent améliorer la collaboration et la communication entre dispensateurs de soins, tout cela au profit du patient. La loi prévoit dès lors la disponibilité de données de santé pertinentes du patient afin d'améliorer le suivi du patient (le partage de données) et d'optimiser la collaboration et la communication (le partage de soins) entre les dispensateurs de soins<sup>6</sup>.

#### e. Spécialités pharmaceutiques

Un certain nombre de dispositions sont entrées en vigueur le 18 mars 2013 qui visent à simplifier la procédure modifiant les conditions de remboursement de spécialités pharmaceutiques<sup>7</sup>.

Une nouvelle procédure d'adaptations techniques est prévue dans laquelle la firme pharmaceutique est informée de la procédure et de la possibilité de réagir.

- La suspension de la procédure initiée par le ministre ou par la Commission de remboursement des médicaments est levée lorsque le demandeur n'a pas réagi au terme de 90 jours de suspension
- La nouvelle procédure permet au ministre ou à la commission :
  - d'initier des procédures de modification des conditions de remboursement sans possibilité de suspension des délais pour autant que la (les) modification(s) ne porte(nt) pas sur le prix et/ou la base de remboursement de la spécialité pharmaceutique en question
  - de traiter les demandes de modification des conditions de remboursement qui n'ont aucun impact sur le groupe cible et sur les indications déjà remboursées.

4. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (Ed. 2), art. 24.

5. Loi du 21.08.2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme e-Health et portant diverses dispositions, M.B. du 13.10.2008.

6. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (Ed. 2), art. 50-60.

7. A.R. du 27.02.2013 modifiant l'A.R. du 21.12.2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, M.B. du 08.03.2013, p. 14067.

- de manière plus rapide (60 + 30 jours) avec un délai de réaction de 20 jours pour la firme
- sans rapport d'évaluation
- sans suspension(s) des délais.

#### f. Cotisation de solidarité dans le cadre des pensions

Une cotisation de 3,55 % est prélevée sur les pensions pour le compte de l'INAMI. Cette cotisation INAMI sera perçue au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2014 par l'Office national des Pensions (ONP)<sup>8</sup>. L'ONP sera chargé de la perception et de la retenue des deux cotisations sociales de pensions, à savoir la cotisation INAMI et la cotisation de solidarité.

#### g. Prix de la journée d'entretien

Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2013 au 31 décembre 2013 inclus, le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation pour des raisons urgentes dans un pays qui n'est pas lié à la Belgique par une convention multilatérale ou bilatérale réglant cette question est fixé à 433,49 EUR<sup>9</sup>.

#### h. Obligation d'enregistrement

Les conventions que le Comité de l'assurance conclut avec les hôpitaux dans le cadre du projet expérimental QERMID, requièrent l'enregistrement de données individuelles d'ordre matériel lorsqu'il s'agit d'implants et d'ordre médical lorsqu'il s'agit de l'opération ou de l'implantation d'un défibrillateur cardiaque implantable ou d'un pacemaker. Il est désormais possible, par voie d'arrêté royal, de subordonner le remboursement de certaines prestations de santé à la condition de l'enregistrement de certaines données<sup>10</sup>.

#### i. Conseil scientifique

Dans le cadre de la nomination des présidents et des membres des différentes sections du conseil scientifique, la délibération en Conseil des Ministres est supprimée dans le but d'apporter une simplification administrative et d'uniformiser les règles de nomination<sup>11</sup>.

#### j. Offices de tarification

Les offices de tarification transmettent des données relatives aux médicaments aux organismes assureurs à certaines fins, dont l'évaluation de la pratique médicale en matière de médicaments. Il s'agit en l'occurrence de médicaments prescrits par n'importe quel dispensateur de soins. Le champ d'application de la réglementation s'étend pour autant qu'il ne s'agisse plus uniquement de médicaments prescrits par des médecins<sup>12</sup>.

8. Loi du 13.03.2013 portant réforme de la retenue de 3,55 % au profit de l'assurance obligatoire soins de santé et de la cotisation de solidarité effectuées sur les pensions, M.B. du 21.03.2013, p. 16902.

9. A.M. du 20.12.2012 modifiant l'A.M. du 05.06.1990 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la journée d'entretien en cas d'hospitalisation à l'étranger, M.B. du 07.01.2013, p. 270.

10. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 2.

11. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 3.

12. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 7.

## k. Gestion paritaire

Pour tout avant-projet de loi ou projet d'arrêté relatif à l'assurance soins de santé, il faut l'avis soit du Conseil général, soit du Comité de l'assurance. Ce principe est ancré dans la loi coordonnée alors qu'auparavant l'avis des deux organes était requis<sup>13</sup>.

## l. Conseils d'agrément

Par chaque catégorie de dispensateur de soins, un conseil d'agrément a été institué en attendant les mesures nécessaires concernant la protection du titre ou les conditions d'accès à la profession. L'article a été mis à jour en ajoutant la référence à la fourniture d'implants et de dispositifs médicaux invasifs<sup>14</sup>.

## m. Commissions de conventions

Les articles relatifs aux commissions de conventions et aux accords conclus entre organismes assureurs et dispensateurs de soins ne font plus référence aux clauses pénales en cas de non-respect, par l'une des parties, des dispositions de l'accord<sup>15</sup>. La plupart des obligations sanctionnées dans les accords sont en effet des obligations légales imposées par la loi coordonnée.

Les commissions deviennent en outre compétentes pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation de la nomenclature.

# II. Soins de santé

## 1. Assurés

### Relations internationales

Pour éviter que des ressortissants de l'U.E. qui ne sont pas affiliés au système national de sécurité sociale se voient porter en compte des tarifs plus élevés pour des soins de santé et des soins hospitaliers, la loi coordonnée est adaptée. Cette adaptation permet une concordance entre la réglementation, la jurisprudence de la Cour européenne de Justice et la Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Les tarifs qui sont fixés en commissions de conventions et qui sont appliqués par les dispensateurs de soins sont également ceux qui doivent s'appliquer aux personnes qui ne sont pas affiliées au système national de sécurité sociale<sup>16</sup>.

13. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 9.

14. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 11.

15. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 12-13.

16. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 4 et 5.

## 2. Dispensateurs de soins

### a. Publicité

La disposition de la loi coordonnée portant sur la publicité de prestations de santé réalisées par des dispensateurs de soins est abrogée. Les restrictions sur la publicité restent d'application sous forme de dispositions particulières par secteur. La suppression dans la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités permet toutefois une plus grande liberté de gestion de la publicité pour autant que celle-ci soit compatible avec les lois spéciales. La publicité mentionnant la gratuité des prestations de santé ou faisant référence à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le coût de ces prestations demeure dans tous les cas interdite<sup>17</sup>.

### b. Médecins

#### ACCORD NATIONAL MÉDICO-MUTUALISTE

Le 23 janvier 2013, la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) a conclu un accord pour les années 2013-2014<sup>18</sup>. Les grands axes en sont les suivants :

#### ◦ Économies

Une économie de 105 millions d'EUR est réalisée en 2013. Elle est réalisée par un plafonnement et une répartition de la masse d'indexation disponible.

#### ◦ Mesures concernant les médecins généralistes

- Les honoraires des médecins généralistes sont indexés de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> février 2013
- La mesure "Permanence et disponibilité" est prolongée et les honoraires concernés sont majorés de 1 EUR
- L'allocation de pratique est maintenue à un montant de 1.650 EUR par an
- Les montants des honoraires de disponibilité et les allocations accordées dans le cadre d'Impulseo augmentent de 2,76 % en 2013
- Le montant du forfait télématique est fixé à 806 EUR
- La prolongation de la gestion du dossier médical global (DMG) passera à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 par le système MyCaret pour les médecins qui optent pour ce système
- Un budget de 6 millions d'EUR est dégagé pour l'extension des postes de garde de médecine générale et des projets qui y sont assimilés. Lors de la confection du budget 2014, la Commission tentera de dégager de la marge pour que ce montant ne soit plus à charge de la masse d'indexation.

17. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 14.

18. Accord national médico-mutualiste 2013-2014 du 23.01.2013, M.B. du 11.02.2013 (éd. 2), p. 7286.

- **Mesures concernant les médecins spécialistes**

- Les honoraires de consultation, de surveillance et d'autres prestations intellectuelles de médecins spécialistes sont indexés de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> février 2013
- Les consultations effectuées par des neurologues, pneumologues, rhumatologues et gériatres sont toutefois revalorisées de 5 %. Les consultations des dermatologues sont également majorées sensiblement. Les honoraires pour la consultation au chevet du patient hospitalisé sont en outre fortement revalorisés
- Les prestations spéciales et les prestations de biologie clinique sont indexées de 1 % à partir du 1<sup>er</sup> février 2013. Les prestations d'imagerie médicale, de chirurgie et de gynécologie sont indexées de 1,5 % à partir du 1<sup>er</sup> février 2013. Les honoraires de dialyse ne sont pas adaptés. Les prestations spéciales de physiothérapie sont indexées de 2 % à partir du 1<sup>er</sup> février 2013
- Un certain nombre de prestations techniques sont toutefois valorisées : l'échographie, la gynécologie, l'autoplastie, certaines prestations chirurgicales dont la chirurgie osseuse reconstructive après opération. Pour ce dernier groupe, des accords clairs devront être établis avec les acteurs concernés
- Les enveloppes "imagerie médicale" et "biologie clinique" sont fixées respectivement à 1.173.196 milliers d'EUR et 1.284.419 milliers d'EUR. Pour l'imagerie médicale, un plan pluriannuel sera élaboré, en concertation avec le groupe professionnel concerné, permettant la création d'une meilleure infrastructure et d'accroître l'accessibilité et la qualité des soins. En attendant des corrections structurelles, les tarifs des prestations d'échocardiographie et de coronarographie sont temporairement réduits de 6,7 %.

- **La CNMM souhaite encourager le conventionnement**

Outre l'adaptation de l'intervention accordée dans le cadre du statut social, les médecins conventionnés atteignant un seuil d'activité déterminé bénéficieront d'une allocation forfaitaire de 434 EUR.

- **La CNMM a fixé le programme de travail suivant pour 2013 et 2014 :**

- la réduction de la charge administrative concernant les contrôles de médicaments du chapitre IV
- la poursuite du soutien apporté aux postes de garde de médecine générale
- la modulation de la prime télématique en fonction de son utilisation
- l'évaluation du système du tiers payant social et la préparation de son extension par le biais du développement de My Carenet
- l'évaluation des trajets de soins et du module de prévention du DMG
- la création d'une plus grande transparence en faveur des patients par le biais de l'instauration d'une facture patient
- la problématique du burnout chez les médecins
- la simplification de la structure de certains honoraires et tickets modérateurs
- une évaluation et une analyse de l'actuel système de concertation en vue de sa modernisation.

### c. Praticiens de l'art dentaire

Le 13 décembre 2012, la Commission nationale dento-mutualiste a conclu un nouvel accord pour la période 2013-2014<sup>19</sup>.

Cet accord prévoit les mesures suivantes :

- l'indexation linéaire des honoraires des prestations de 2,76 %
- la fixation des honoraires d'accréditation à 2.795,88 EUR.

L'accord comprend également des arrangements pour que dans le courant dudit accord :

- la technique d'apexification sur la canine ou l'incisive soit remboursée
- des traitements supplémentaires soient remboursés si les marges financières nécessaires à cet effet sont disponibles
- le projet My Carenet soit instauré dans le domaine de l'art dentaire, ce qui doit permettre un remboursement encore plus efficace
- un système soit développé pour la facturation transparente des traitements effectués chez le patient
- des recommandations soient formulées concernant l'utilisation du cliché panoramique
- un modèle soit élaboré afin d'arriver à des honoraires plus équitables pour les prestations dentaires.

Enfin, l'accord formule divers points d'attention et demandes :

- prévoir des moyens financiers supplémentaires en vue d'exécuter des initiatives en faveur de patients présentant des besoins particuliers
- investir davantage dans l'informatisation à l'INAMI et au SPF Santé publique
- être attentif à l'organisation de la profession dentaire : délégation des tâches, suivi de l'arrivée de dentistes...
- poursuivre la campagne de sensibilisation de soins dentaires chez les jeunes jusque fin 2014.

### d. Sages-femmes

Les sages-femmes sont désormais soumises à l'obligation de communiquer le protocole de leurs examens au médecin généraliste, avec l'accord du patient, et au médecin-conseil, éventuellement avec l'accord du patient<sup>20</sup>. Cette obligation n'existait auparavant que pour le médecin spécialiste et le praticien de l'art dentaire.

19. Accord national dento-mutualiste 2013-2014 du 13.12.2012, M.B. du 14.01.2013, p. 1281.

20. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 6.

## e. Maisons de repos pour personnes âgées, maisons de repos et de soins et centres de soins de jour

### ÉCHELLE D'ÉVALUATION

La création de la nouvelle catégorie de dépendance "D" pour patients déments quelle que soit leur dépendance physique a son impact sur le contrôle de l'échelle d'évaluation "Katz" au sein des MRPA et MRS<sup>21</sup>. Les nouvelles dispositions entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013 et ont trait :

- à la procédure qui doit être suivie en vue de l'examen des patients appartenant à la catégorie de dépendance D
- à la matrice pour le calcul du coefficient de concordance Kappa.

Les mesures contribuant à un meilleur encadrement de personnes démentes ayant une perte de dépendance limitée et en faveur de patients palliatifs sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013<sup>22</sup>.

- La prime est supprimée pour les titres professionnels et qualifications professionnelles issus de la liste des prestations comprises dans le forfait et effectuées au sein des MRPS et MRS. Cette prime doit en effet être payée directement par l'INAMI aux établissements qui en font la demande
- Une distinction est faite entre les personnes désorientées physiquement dépendantes (catégorie Fd) et les personnes pour lesquelles un diagnostic de démence est posé, indépendamment de leur dépendance physique (catégorie D)
- La procédure qui doit être suivie en cas de demande d'intervention introduite auprès de l'organisme assureur pour un bénéficiaire de la catégorie D est établie.

## f. Hôpitaux

Le système des montants de référence, qui a fait l'objet d'une réforme profonde par le biais de la loi-santé de 2008, est à nouveau modifié<sup>23</sup>. Certains APR-DRG sont ventilés. Il s'agit de groupes diagnostiques répartis par degré de gravité et par groupe de prestations. Il s'agit plus précisément de programmes de soins cardiaques et de prestations de physiothérapie.

21. Voir B.I. - INAMI 2013/1 - p.47.

22. A.R. du 09.01.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 22.01.2013, p. 2658.

23. B.I. 2009/1, p. 38- Loi du 19.12.2008 portant des dispositions diverses en matière de soins de santé, M.B. du 31.12.2008 (éd. 3).

## 3. Prestations

### a. Médecins

#### MÉDECINE GÉNÉRALE

Diverses modifications à l'article 2 de la nomenclature entrent en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> mai 2013<sup>24</sup> :

- la période d'essai du module de prévention dans le cadre du dossier médical global est prolongée à partir du 31 décembre 2013
- il est possible de réaliser un module de prévention pour chaque membre d'un groupement de médecins généralistes
- les codes de nomenclature pour les visites de médecins de famille et de médecins généralistes en résidence communautaire sur la base de droits acquis disparaissent. La prestation est maintenant portée en compte comme visite ordinaire
- les visites de médecins de famille et de médecins généralistes sur la base de droits acquis et à la demande d'un autre médecin disparaissent
- l'appellation des différents médecins de médecine générale se précise : le titulaire du diplôme de médecin, le médecin généraliste sur base de droits acquis, le médecin de famille
- quelques améliorations sont apportées à l'article :
  - correction au niveau de la forme de certaines descriptions
  - restructuration des suppléments : ceux-ci sont mentionnés immédiatement en-dessous de l'acte auquel ils se rapportent. Dans chaque rubrique, les soins sont répartis selon le code de compétence du dispensateur
- chaque membre d'un groupement enregistré de médecins généralistes pourra utiliser le passeport du diabète.

#### PSYCHIATRIE INFANTILE ET JUVÉNILE

À partir du 1<sup>er</sup> mars 2013, 4 nouvelles prestations entrent en vigueur au niveau de l'accueil de crise en psychiatrie infantile et juvénile<sup>25</sup>.

- Les honoraires du psychiatre infanto-juvénile dans les services d'urgence en dehors des heures normales augmentent
- La concertation entre le psychiatre infanto-juvénile, le psychologue et l'orthopédagogue est stimulée par l'instauration d'honoraires

24. A.R. du 19.02.2013 modifiant l'art. 2 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.03.2013, p. 19709 modification A.R. du 29.04.2013 (éd. 2) p. 25.635, A.R. du 19.02.2013 modifiant l'A.R. du 09.02.2011 modifiant l'art. 2, A, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.03.2013, p. 19733, A.R. du 19.02.2013 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 28.03.2013, p. 19705, A.R. du 19.02.2013 modifiant l'art. 37 bis de la loi SSI, M.B. du 28.03.2013, p. 19706, modification, A.R. du 29.04.2013 (éd. 2), p. 25.635 et A.R. du 19.02.2013 modifiant l'A.R. du 10.10.1986 portant exécution de l'art. 53, § 1<sup>er</sup>, al. 9, de la loi SSI, M.B. du 28.03.2013, p. 19704.

25. A.R. du 19.02.2013 modifiant les art. 2, K et 25, §§ 1<sup>er</sup> et 3 bis, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.02.2013 (éd. 2), p. 12835, A.R. du 19.02.2013 modifiant l'art. 37 bis de la loi SSI, M.B. du 28.02.2013 (éd. 2), p. 12835 et A.R. du 19.02.2013 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 28.02.2013 (éd. 2), p. 12834.

- Les interventions de liaison pour les enfants souffrant de troubles psychiques s'étendent :
  - entre le psychiatre infanto-juvénile et le service hospitalier en dehors d'un service K
  - entre le psychiatre infanto-juvénile et les parents du patient qui n'est pas admis dans un service K.
- La limite d'âge passe de 16 à 18 ans pour les examens de liaison de psychiatrie infanto-juvénile. Ces prestations doivent précéder les nouvelles prestations de liaison (voir plus haut).

### PRESTATIONS SPÉCIALES

À partir du 1<sup>er</sup> février 2013, les prestations qui mettent en évidence des phénomènes circulatoires sur la base de l'effet Doppler n'entrent plus en compte pour un remboursement.<sup>26</sup> La valeur diagnostique de ces examens est supplantée par celle de l'examen duplex qui, en raison d'une technique plus raffinée, est plus fiable et offre plus de possibilités.

Les honoraires pour l'utilisation de la méthode au laser diminuent également à partir du 1<sup>er</sup> février 2013<sup>27</sup>.

### GASTRO-ENTÉROLOGIE

Certaines prestations relevant du domaine de la gastro-entérologie sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> février 2013<sup>28</sup>.

- Une prestation plus ancienne (biopsie du duodénum ou du grêle avec sonde, y compris la radioscopie) est supprimée
- La rectosigmoïdoscopie et la colonoscopie gauche sont regroupées. Les honoraires liés à la rectosigmoïdoscopie sont majorés et ceux de la colonoscopie gauche sont diminués afin de valoriser correctement chacune des prestations.

### ANESTHESIOLOGIE

À partir du 1<sup>er</sup> février 2013, le remboursement de la prestation "injections épidurales thérapeutiques dans la colonne lombaire par voie interlaminaire" se limite à 2 indications ayant démontré une efficacité suffisante<sup>29</sup>.

Les prestations relatives à la PCA (Patient Controlled Analgesia) seront modifiées à partir de cette même date. Il s'agit du traitement de la douleur aiguë au moyen d'une pompe de la douleur contrôlée par le patient lui-même. Le libellé et la valeur relative de 2 prestations sont modifiés et aucun cumul n'est possible<sup>30</sup>.

26. A.R. du 10.01.2013 modifiant les art. 3, § 1<sup>er</sup>, B, 11, §§ 1<sup>er</sup> et 5 et 20, § 1<sup>er</sup>, a), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.01.2013.

27. A.R. du 10.01.2013 modifiant l'art. 11, § 2, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.01.2012, p. 2881.

28. A.R. du 23.01.2013 modifiant les art. 11, § 1<sup>er</sup>, 17, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, 20, §§ 1<sup>er</sup>, c) et 2 et 25, § 4, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.01.2013, p. 5140.

29. A.R. du 10.01.2013 modifiant l'art. 12, § 1<sup>er</sup>, e), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.01.2013, p. 2882.

30. A.R. du 14.01.2013 modifiant l'art. 12, § 1<sup>er</sup>, d), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.01.2013, p. 2884.

L'article 12 de la nomenclature est modifié à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>31</sup>. Il est désormais stipulé de manière explicite que les anesthésies locales ou régionales sont comprises dans les honoraires de la prestation pour laquelle cette anesthésie était requise.

### CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

En ce qui concerne le traitement de l'obésité, une modification dans la manière d'informer le médecin-conseil entre en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>32</sup>. Le médecin traitant doit transmettre la notification par courrier personnel et l'intervention de l'assurance n'est due que si le médecin-conseil est en possession du formulaire adéquat<sup>33</sup>. Un délai d'échéance est supprimé par le biais de cette même modification.

### GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

L'intervention relative au dépistage du col de l'utérus sera adaptée à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>34</sup>. Les prestations réalisées dans le cadre d'un dépistage du cancer cervical ne seront remboursées qu'une fois tous les trois ans au lieu d'une fois tous les 2 ans.

À partir du 1<sup>er</sup> février 2013, la colposcopie microscopique peut uniquement être portée en compte<sup>35</sup> :

- lorsqu'elle n'est pas combinée à un frottis cervico-vaginal dans le cadre d'un dépistage
- aux conditions justifiées par l'EBM.

### OPHTALMOLOGIE

Les honoraires liés à la chirurgie de la cataracte diminuent à partir du 1<sup>er</sup> février 2013<sup>36</sup>. Cela crée une économie justifiée étant donné que la technique a énormément évolué et que le temps de l'opération s'est par conséquent raccourci.

### IMAGERIE MÉDICALE

Pour encourager l'utilisation justifiée de l'imagerie médicale, le formulaire de demande ainsi que l'article 17 de la nomenclature sont modifiés à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>37</sup>.

31. A.R. du 11.02.2013 modifiant l'art. 12, §§ 1<sup>er</sup>, 2, 2*bis* et 3, 4<sup>e</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.02.2013, p. 12083.
32. A.R. du 17.01.2013 modifiant l'art. 14, d), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.01.2013, p. 5139.
33. Règlement du 07.05.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 31.01.2013, p. 5142.
34. A.R. du 11.02.2013 modifiant les art. 3 et 32 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.02.2013, p. 11882, A.R. du 11.02.2013 modifiant l'art. 37*bis* de la loi SSI, M.B. du 25.02.2013, p. 11882 et A.R. du 11.02.2013 modifiant l'A.R. du 23.03.1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, M.B. du 25.02.2013, p. 11881.
35. A.R. du 14.01.2013 modifiant l'art. 14, g), de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.01.2013, p. 2886.
36. A.R. du 14.01.2013 modifiant l'art. 14, h), § 1<sup>er</sup>, l, 4<sup>e</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 23.01.2013, p. 2885.
37. Règlement du 11.06.2012 modifiant le règlement du 28.07.2003 portant exécution de l'art. 22, 11<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 24.01.2013, p. 3194 et A.R. du 19.12.2012 modifiant l'art. 17, § 12, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 24.01.2013, p. 3192.

Pour pouvoir porter en compte les prestations, la demande d'examen d'imagerie médicale doit mentionner les données cliniques pertinentes, la demande de diagnostic doit être formulée et d'autres informations cliniques pertinentes doivent être fournies. Il faut en outre indiquer quels sont les examens proposés et si des examens pertinents ont déjà été réalisés portant sur la demande de diagnostic.

De nouvelles règles d'application sont prévues à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013 pour la prestation "colonne lombaire RX"<sup>38</sup>. Bien que la prestation représente une quote-part relativement importante au sein de l'imagerie médicale, elle n'est indiquée que pour un nombre restreint d'indications selon les directives belges. L'examen clinique et l'anamnèse sont d'une grande importance pour déterminer si l'imagerie médicale est indiquée et quel type d'imagerie doit être réalisé.

## DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, la présence d'un médecin spécialiste lors de chaque séance du patient n'est plus nécessaire dans le cadre de la thérapie PUVA<sup>39</sup>. Le contrôle et la présence physique peuvent également être assurés par un collaborateur.

### b. Praticiens de l'art dentaire

Les paramètres utilisés pour fixer le nombre de prestations pouvant être portées en compte à l'assurance obligatoire soins de santé dans une période de référence déterminée peuvent être définis à partir du 8 avril 2013 par voie d'arrêté royal<sup>40</sup>. On crée ainsi une nouvelle compétence visant à limiter les interventions de la nomenclature au cas où certaines dépenses prendraient des proportions irréalistes.

## NOMENCLATURE

Dans le même esprit de préoccupation, à savoir la suppression d'un grand nombre de prestations irréalistes en raison du nombre peu élevé de praticiens de l'art dentaire, les articles 5 et 6 de la nomenclature sont modifiés à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>41</sup>.

À chaque prestation de l'art dentaire est ajouté un coefficient de pondération P qui reflète la complexité de la prestation ainsi que le temps qui y est consacré. Une règle d'application est en outre prévue subordonnant l'intervention de l'assurance aux moyennes journalières des coefficients P, calculées sur une période d'au moins 30 jours. Cette règle définit un plafond d'un nombre maximum de prestations qui, à considérer sur une période de référence déterminée, entrent en ligne de compte pour l'intervention de l'assurance.

### c. Bandagistes

Le remboursement de la voiturette standard et de la voiturette modulaire diminue de 50 EUR à partir du 1<sup>er</sup> février 2013<sup>42</sup>. La mesure permet une économie importante dans le secteur.

38. A.R. du 06.03.2013 modifiant les art. 17, § 1<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup>, et 17<sup>ter</sup>, A, 7<sup>o</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 26.03.2013 (éd. 2), p. 19214.

39. A.R. du 24.01.2013 modifiant l'art. 21, § 1<sup>er</sup>, de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 20.02.2013 (éd. 3), p. 9803.

40. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 21.

41. A.R. du 17.01.2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les art. 5 et 6 de l'annexe à l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 31.01.2013, p. 5135.

42. A.R. du 17.12.2012 modifiant l'art. 28, § 8, de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 03.01.2013, p. 48.

## d. Implants

### ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

À l'article 35, le numéro de nomenclature ayant trait à l'intervention pour la plaque pour fibula distale est modifié. La correction du libellé entre en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>43</sup>.

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, l'assurance soins de santé intervient dans le coût<sup>44</sup> :

- du clou centromédullaire dynamique pour l'allongement du fémur ou tibia
- de la plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage, à l'exception des plaques pour trochanter.

### OPHTHALOMOLOGIE

La nomenclature des lentilles intraoculaires et des produits visco-élastiques est modifiée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013<sup>45</sup>.

- Les lentilles multifocales ne sont plus remboursées. Le placement de la lentille intraoculaire pliable est uniquement remboursé en cas de cataracte
- Pour pouvoir figurer sur la liste des produits remboursables, la lentille torique de 2 dioptries ou plus, ou de 6 dioptries ou plus, doit répondre à des nouveaux critères. Il faut posséder au moins une preuve clinique de l'efficacité de la lentille torique concernée à réduire à court terme un astigmatisme régulier, établie par une équipe de recherche indépendante et non financée par l'industrie dans laquelle certains éléments doivent être présents
- Tous les produits visco-élastiques (sauf les produits visco-élastiques à base de dérivés de la cellulose) sont remboursés sur la base d'un forfait avec maintien d'une règle de non-cumul entre les forfaits des produits visco-élastiques. La liste des produits est supprimée.

### UROLOGIE ET NÉPHROLOGIE

Les libellés des prestations ayant trait au matériel pour néphrostomie percutanée sont modifiés à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013<sup>46</sup>. Les traitements médicaux sont insérés dans les libellés, précisant ainsi les articles pour lesquels et les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé accorde une intervention.

### CHIRURGIE DE L'ABDOMEN ET PATHOLOGIE DU SYSTÈME DIGESTIF

L'intervention pour la sonde utilisée pour mesurer le degré d'acidité et l'impédance est majorée pour les enfants<sup>47</sup>. La quote-part personnelle des patients jusqu'au 17<sup>e</sup> anniversaire inclus s'élève à 25 % à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013. Elle reste toutefois à 55 % à partir du 18<sup>e</sup> anniversaire.

43. A.R. du 20.12.2012 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 17.01.2013, p. 1738.

44. A.R. du 11.02.2013 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.02.2013, p. 11878.

45. A.R. du 14.01.2013 modifiant les art. 35 et 35.b/s de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 18.02.2013, p. 9198.

46. A.R. du 04.12.2013 modifiant l'art. 35.b/s de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.01.2013 (éd. 2), p. 4234.

47. A.R. du 11.02.2013 modifiant l'art. 35.b/s de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.02.2013, p. 11877.

## CHIRURGIE DU THORAX ET CARDIOLOGIE

Les conditions de remboursement des dilatations coronaires sont modifiées à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013<sup>48</sup>.

Les modifications portent sur le formulaire d'enregistrement standard (rapport de données cliniques) du matériel de dilatation et des tuteurs coronaires communiqués à titre d'information par le médecin spécialiste implanteur au médecin-conseil de l'organisme assureur. Seuls 2 signataires (un responsable et un suppléant) par établissement hospitalier pourront signer le formulaire d'enregistrement.

## CHIRURGIE VASCULAIRE

À partir du 1<sup>er</sup> mars 2013, le libellé de l'article 35 de la nomenclature ayant trait aux greffes vasculaires se précise<sup>49</sup>. Par le même arrêté royal, une nouvelle prestation est insérée pour la greffe vasculaire droite utilisée pour un bypass vasculaire.

## GYNÉCOLOGIE, CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTIVE

Le matériel pour les examens diagnostiques invasifs en cas de pathologie mammaire entrait déjà en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé<sup>50</sup>. Ce code de nomenclature est également ajouté à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013 aux prestations portées en compte chez les patients hospitalisés<sup>51</sup>.

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, les clips pour stérilisation sont explicitement inclus dans l'intervention accordée dans le cadre de la prestation de laparotomie pour intervention sur les trompes<sup>52</sup>.

À partir du 1<sup>er</sup> mai 2013, la nomenclature est modifiée en ce qui concerne les colles tissulaires, les produits hémostatiques et les antiadhésifs<sup>53</sup>.

- Une adaptation formelle était nécessaire pour veiller à ce que la base réglementaire pour l'établissement des listes pour colles tissulaires, produits hémostatiques et antiadhésifs soit déjà applicable au 1<sup>er</sup> octobre 2012. Il s'agit des critères d'admission et de remboursement pour l'établissement de la liste des produits remboursables appartenant à la catégorie 3
- Il est en outre prévu que les firmes ont la possibilité de faire inscrire leurs produits avec effet rétroactif sur la liste des produits admis au remboursement
- Pour certaines prestations relatives aux colles tissulaires, produits hémostatiques et antiadhésifs, une règle d'application (§ 14<sup>quater</sup>) permet de lier le remboursement à certaines interventions médicales. Ce lien est supprimé pour les prestations relatives aux produits utilisés en cas d'anévrisme.

48. A.R. du 14.01.2013 modifiant les articles 35 et 35<sup>bis</sup> de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 18.02.2013, p. 9201.

49. A.R. du 04.12.2013 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.01.2013 (éd. 2), p. 4235.

50. Voir B.I. - INAMI 2011/4, p. 449.

51. A.R. du 04.12.2013 modifiant l'art. 35<sup>bis</sup> de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 28.01.2013 (éd. 2), p. 4234.

52. A.R. du 11.02.2013 modifiant les art. 35 et 35<sup>bis</sup> de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.02.2013, p. 11873 et l'A.R. du 11.02.2013 modifiant l'A.R. du 08.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art. 35 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 25.02.2013, p. 11872.

53. A.R. du 30.01.2013 modifiant l'art. 35 de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 29.03.2013, p. 19998 et A.R. du 30.01.2013 modifiant l'A.R. du 08.03.2007 portant fixation d'une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations de l'art. 35 de la nomenclature des prestations de santé, M.B. du 29.03.2013, p. 19998.

## PNEUMOLOGIE ET SYSTÈME RESPIRATOIRE

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, la pince à biopsie entre également en ligne de compte pour un remboursement par l'assurance soins de santé dans le cadre de la pneumologie<sup>54</sup>. Auparavant, c'était uniquement le cas pour les prestations de gastroscopie.

### e. Petit matériel chirurgical

La loi-santé du 19 mars 2013 crée une base légale pour la forfaitisation du petit matériel chirurgical<sup>55</sup>.

Cette mesure est prise en exécution de l'Accord gouvernemental du 1<sup>er</sup> décembre 2011 et permet de procéder à la forfaitisation dans le secteur des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

### f. Dispositifs médicaux

## TRAJETS DE SOINS

À partir du 1<sup>er</sup> avril 2013, l'assurance soins de santé intervient dans le coût du matériel délivré dans le cadre du trajet de soins "diabète" et du programme "éducation et autogestion de soins"<sup>56</sup>. Il s'agit du glucomètre, du porte-lancettes, des tigettes de contrôle du glucose et des lancettes.

## PANSEMENTS ACTIFS

La liste des pansements actifs qui entrent en ligne de compte pour une intervention dans le cadre des mesures en faveur des bénéficiaires atteints de plaies chroniques est modifiée à partir du 30 mars 2013<sup>57</sup>.

### g. Audiciens

Lors du conclave budgétaire de mars 2013, le Gouvernement a décidé que des mesures seraient prises par le ministre de l'Économie afin de faire baisser le prix des appareils auditifs.

## III. Indemnités

### 1. Dispense du stage d'attente sur la base d'études

En principe, pour pouvoir bénéficier d'indemnités à charge de l'assurance indemnités et maternité, le titulaire doit accomplir un stage d'attente de six mois au cours duquel il doit démontrer un volume de travail suffisant et un montant de revenus suffisant.

54. A.R. du 11.02.2013 modifiant l'art. 35 *bis* de l'annexe de l'A.R. du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, M.B. du 25.02.2013, p. 11880.

55. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 22.

56. A.R. du 11.02.2013 modifiant l'A.R. du 24.10.2002 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des fournitures visées à l'art. 34, al. 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> de la loi SSI, M.B. du 13.03.2013 (éd. 3), p. 15000.

57. A.R. du 04.03.2013 modifiant l'A.R. du 03.06.2007 portant exécution de l'art. 37, § 16 *bis*; al. 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, et al. 4, de la loi SSI, en ce qui concerne les pansements actifs, M.B. du 20.03.2013 (éd. 2), p. 16706.

Il existe une exception sur la base de l'article 205 de l'arrêté d'exécution de la loi SSI sous la forme d'une dispense du stage d'attente. Cette disposition vaut entre autres pour les jeunes qui, après avoir terminé leurs études donnant droit à une dispense du stage d'attente ("études de base"), acquièrent au plus tard le lendemain d'un délai d'en principe sept mois après avoir terminé leurs études, la qualité de titulaire – à savoir comme travailleur salarié en payant des cotisations pour le secteur des indemnités ou être "chômeur contrôlé" – dans l'assurance indemnités et maternité. Si l'intéressé(e) entame encore d'autres études au terme de ces "études de base", ce délai de sept mois commence à courir le jour qui suit la fin des dernières études terminées ou le jour qui suit la fin des études si l'intéressé(e) les termine prématurément.

En raison de la conversion du stage d'attente en stage d'insertion professionnelle dans le cadre de l'assurance chômage à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'article en question est modifié à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012. Par analogie avec les modifications antérieures apportées dans la réglementation du chômage, la nouvelle disposition tient en outre également compte de l'actuelle structure de l'enseignement secondaire et de la jurisprudence européenne qui a fixé un critère géographique plus large en ce qui concerne l'endroit où les études doivent être suivies<sup>58</sup>.

Étant donné que le stage d'insertion professionnelle compte désormais 310 jours pour tout jeune travailleur – indépendamment de l'âge –, l'intéressé(e) doit, pour pouvoir bénéficier de la dispense du stage d'attente dans l'assurance indemnités et maternité, avoir acquis la qualité de titulaire au plus tard le lendemain d'une période de treize mois qui suit la fin des études. L'ancienne disposition prévue dans la réglementation selon laquelle le délai d'en principe sept mois est prolongé à dix mois ou treize mois – selon la durée du stage d'attente dans l'assurance chômage qui est liée à l'âge – est par conséquent abrogée.

Cette nouvelle disposition tient (en outre) compte des périodes qui, dans le cadre de l'assurance chômage, n'entrent pas en ligne de compte pour accomplir le stage d'insertion professionnelle, ce qui fait que le délai d'en principe treize mois peut être prolongé (par ex., les jours de repos de maternité facultatif).

## 2. Effet de la dégressivité renforcée des allocations de chômage sur le calcul des indemnités de l'assurance indemnités

Après une première modification dans le calcul des indemnités du chômeur contrôlé apportée sous l'effet de la mesure de la dégressivité renforcée des allocations de chômage à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2012<sup>59</sup>, le mode de calcul des indemnités change à nouveau à partir du 1<sup>er</sup> mars 2013 suite à ces nouvelles dispositions inscrites dans la réglementation du chômage<sup>60</sup>.

- La rémunération perdue du chômeur qui se trouve dans la 2<sup>e</sup> période d'indemnisation est calculée sur la base de la rémunération perdue prise en considération pour le calcul de l'allocation de chômage le premier jour de la survenance du risque, même s'il se trouve alors dans les phases dégressives

58. A.R. du 29.01.2013 modifiant l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi SSI, M.B. du 27.03.2013, p. 19474.

59. Voir B.I. - INAMI 2013/1 et le Règlement du 21.11.2012 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 20.12.2012, p. 86429.

60. Règlement du 23.01.2013 modifiant le règlement du 16.04.1997 portant exécution de l'art. 80, 5<sup>e</sup>, de la loi SSI, M.B. du 01.03.2013, p. 13005.

- Il est tenu compte du complément d'ancienneté auquel le chômeur ayant charge de famille, qui se trouve dans la 2<sup>e</sup> période d'indemnisation, peut réellement prétendre au moment de la survenance du risque afin d'augmenter la rémunération perdue à prendre en considération dans le cadre de l'assurance indemnités. Conformément à la réforme sur le chômage, différents montants sont prévus pour le titulaire qui se trouve dans la 2<sup>e</sup> période d'indemnisation, selon qu'il se trouve ou non dans les phases dégressives
- Les indemnités du titulaire se trouvant dans la 3<sup>e</sup> période d'indemnisation et bénéficiant dès lors d'une allocation de chômage forfaitaire au début de son incapacité de travail, sont calculées sur la base de la rémunération journalière moyenne correspondant au dernier code chiffre dans la 2<sup>e</sup> période d'indemnisation et ce, indépendamment de sa catégorie familiale.
- Pour le calcul des indemnités du chômeur ayant charge de famille, se trouvant dans la 3<sup>e</sup> période d'indemnisation et pouvant prétendre à un complément d'ancienneté, il est en outre tenu compte du montant de ce complément d'ancienneté au moment de la survenance du risque afin d'augmenter la rémunération perdue à prendre en considération dans le cadre de l'assurance indemnités.

## IV. Évaluation et contrôle médicaux

### 1. Contestations

Les dossiers ayant une incidence financière restreinte pour l'assurance soins de santé pourront désormais être traités plus rapidement<sup>61</sup>.

- Les dossiers ne dépassant pas la valeur de 3.000 EUR ne feront plus l'objet de poursuites administratives lorsque le dispensateur rembourse le montant réclamé dans les deux mois (qui suivent la notification du P. V.)
- Le critère pécuniaire distinguant la compétence entre les Chambres de première instance et le Fonctionnaire dirigeant est fixé, à partir du 8 avril 2003, à 35.000 EUR. Lorsque la valeur des prestations contestées est supérieure à ce montant, l'affaire est confiée à la Chambre de première instance.

### 2. Chambres de première instance / chambres de recours

Les règles de fonctionnement interne pour les Chambres de première instance et les Chambres de recours sont complétées<sup>62</sup>.

- Une première disposition a trait au serment que les membres doivent prêter entre les mains du Président

61. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 15-17.

62. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (II), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), p. 20213.

- Une deuxième disposition détermine dans quelle mesure les Chambres sont valablement constituées en l'absence d'un membre. Après convocation du membre suppléant, la composition est valable si, outre le Président, au moins 1 médecin, représentant les organismes assureurs, et 1 dispensateur de soins sont également présents. L'équilibre entre les deux groupes est garanti.

## V. Contrôle administratif

### Délai de prescription

Les cotisations dues par des titulaires inscrits en qualité de résident sont diminuées si l'intéressé déclare que les revenus dont dispose son ménage ne dépassent pas certains montants plafonds. Cette déclaration est contrôlée par la suite en collaboration avec l'administration fiscale.

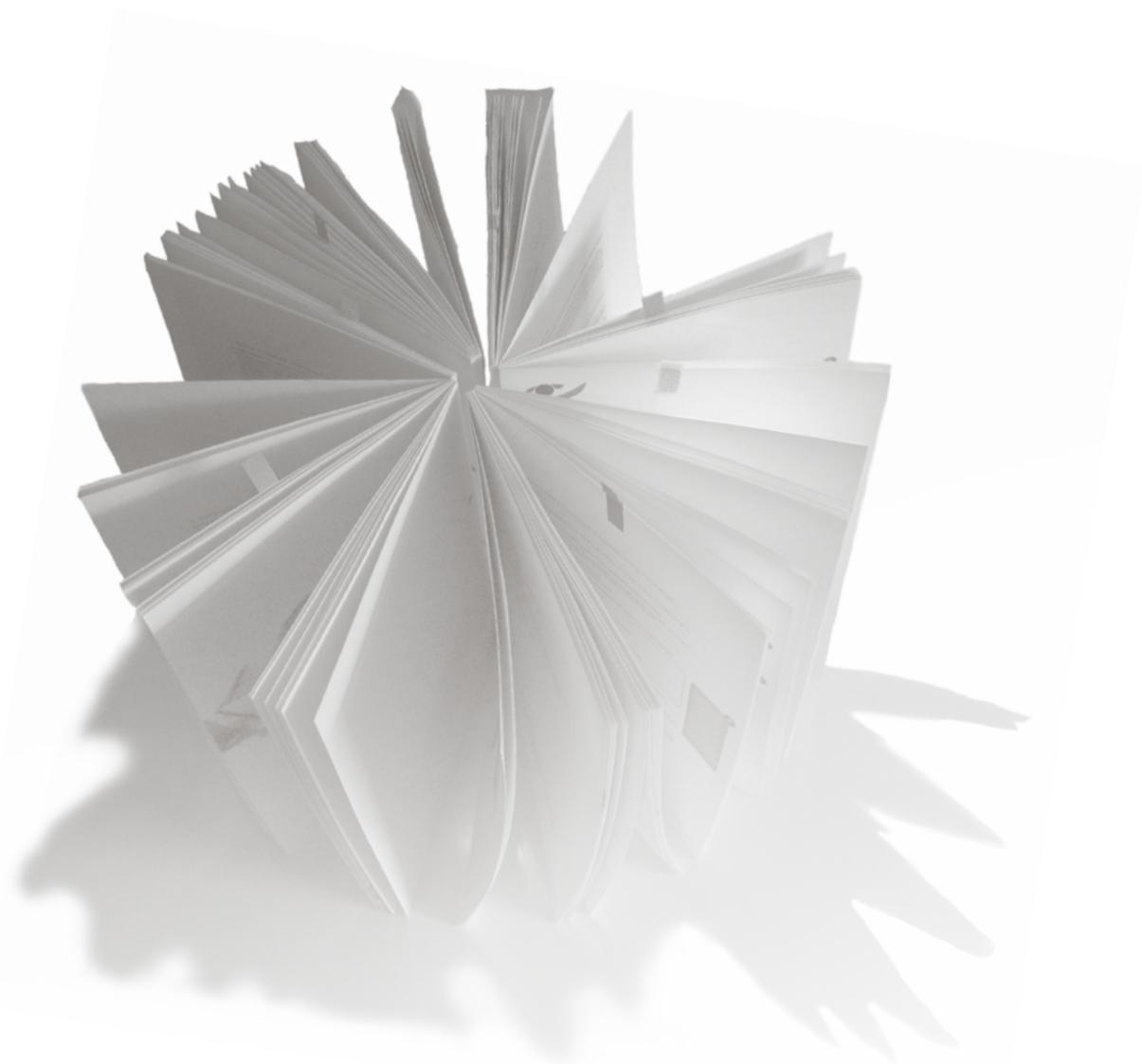
L'actuel délai de prescription de 2 ans au cours duquel l'action en remboursement des cotisations payées indûment doit être intentée, a pour conséquence qu'au moment où il peut être constaté que l'assuré a payé trop de cotisations, le délai de prescription est bien souvent déjà dépassé. C'est pourquoi le délai est fixé à 5 ans à partir du 8 avril 2013<sup>63</sup>.

63. Loi du 19.03.2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (II), M.B. du 29.03.2013 (éd. 2), art. 10.



# 3<sup>e</sup> Partie

## Jurisprudence



## I. Cour du travail de Bruxelles, 20 juin 2013

### Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Reprise d’une activité non autorisée

*L'exercice de mandats de gestion de sociétés ainsi que la gestion effective de chambres d'hôtes constituent des activités qui s'intègrent dans les relations sociales et présentent un caractère productif qui ne se limite pas à la simple perception de loyers d'une propriété immobilière.*

*Ni l'approche fiscale des revenus nés des activités liées à l'exploitation d'un bien, ni l'absence éventuelle d'imposition de ces revenus en Belgique, ni le caractère éventuellement bénévole de l'activité ne dispensaient l'assuré de ses obligations à l'égard de la mutualité belge.*

*Dans son appréciation, le juge peut prendre en considération l'ensemble des faits qui lui sont soumis sans avoir égard à l'éventuelle application d'une prescription.*

### Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 174, alinéa 4 – Récupération de l'indu – Prescription quinquennale – Intention frauduleuse

*Il y a manœuvres frauduleuses dans le chef d'un assuré lorsqu'il omet de faire la moindre déclaration de son activité qui a débuté avant le début de son invalidité et s'est ensuite développée jusqu'au constat de reprise non autorisée et qu'il organise son activité en veillant particulièrement à ce que l'organisme assureur belge ignore tout de cette activité, de son existence à sa nature.*

R.G. 2011/AB/813  
D. J. c./O.A. et INAMI

...

1. La contestation en appel porte sur les décisions de fin d'incapacité et de sanction (exclusion) de l'INAMI, en raison d'un cumul d'indemnités avec une activité non autorisée; elle porte aussi sur la décision de récupération de l'O.A.

Le premier juge a confirmé les décisions de l'INAMI et condamné l'intéressé à payer à l'O.A. la somme de 58.904,99 EUR à titre d'indu.

2. En appel, Monsieur D. fait valoir, dans les faits qu'il expose, (p. 4) que la décision de fin d'incapacité (04.04.2007) n'indique pas les dispositions légales applicables notamment de la charte de l'assuré social, et les recours qui lui sont ouverts.

Or, d'une part, la décision est adéquatement motivée. Elle se réfère au procès verbal de constat du 13 mars 2007 en ce qui concerne l'activité constatée, dont elle résume les éléments, et aux articles 100, § 1<sup>er</sup>, et 101/102 de la loi coordonnée. Elle indique en outre que l'intéressé peut demander au médecin-conseil de pouvoir bénéficier des avantages de l'article 101.

D'autre part, l'absence éventuelle d'indication des modalités de recours a pour seul effet que la notification de la décision ne fait pas courir les délais de recours. Or, en l'espèce, le recours de l'intéressé n'a pas été déclaré tardif.

#### a) l'appelant demande de dire pour droit qu'il n'y a eu aucune reprise de travail

3. L'indemnité d'incapacité de travail couvre le dommage consistant en la perte ou la réduction de la capacité d'acquies, par son travail, des revenus pouvant contribuer aux besoins alimentaires (jur. Constante : cf. Cass.18.05.1992, produit par l'INAMI, R.G. 7812, RW 1992-1993, p. 534 et conclusions PG. Lenaerts, préalables à cet arrêt, A.C., 1991-1992, 878-88) ; Cass. 21.01.1994, R.G. C.940073N, JTT 1995, p. 58 ; Cass. 21.04.2008, R.G. C. 07.0223.F).

La reconnaissance de l'incapacité de travail suppose que le travailleur ait cessé toute activité (*loi coord., art. 100, § 1<sup>er</sup>*). Le législateur n'a pas donné de définition de l'activité au sens de cette disposition. Selon une jurisprudence à laquelle la Cour se rallie, ce terme "activité" ne doit pas être confondu avec les mots "travail" et "activité professionnelle". Le terme "activité" vise non seulement une activité professionnelle ou un travail, mais aussi toute activité à caractère productif, par laquelle l'assuré augmente son patrimoine (cf. Cass. 23.04.1993, RW 1990-1991, pp. 808-809 ; JTT 1990, p. 446).

4. La cour constate (dossier des parties, information de l'auditorat) :

- Monsieur D. a constitué la société S.S. le 31 juillet 1992 - avant le début de l'incapacité de travail-, ayant son siège social en France au lieu-dit "... " dont la société est propriétaire. Monsieur D. est l'un des actionnaires directs (5 %) de la S. S. et l'administrateur-gérant.

Il est aussi indirectement actionnaire de cette société, à concurrence de 45 %, par l'intermédiaire d'une société luxembourgeoise : la S.A. D., créée en 1992 par des tiers. Les actions ont été, dès la création de la société, converties en titres au porteur (comme l'autorise le droit luxembourgeois) et détenues en réalité par Monsieur D. et sa compagne de l'époque (50 % chacun). Cette société luxembourgeoise détenait 90 % de la SCI S. (cf. information fournie à l'INAMI par le SPF Finances, pièce 7).

- Une société B.P. a été créée le 1<sup>er</sup> décembre 1993, année de l'entrée de Monsieur D. en incapacité de travail.

À l'égard de l'INAMI (dossier, pièce 4), Monsieur D. expliquait en mai 2007 que la société B.P. "avait pour but de mettre en place une structure qui permettrait de faire du conseil en marketing et communication", que "entretemps mon état de santé s'est empiré" en sorte que "je n'ai pas été capable de faire quoi que ce soit" et "cette société est donc inactive". Il explique qu'elle n'a pas été dissoute car il est très onéreux en Belgique de liquider une société.

Précédemment, en 2006, Monsieur D. expliquait (au SPF Finances, pièce 7 déjà citée) que cette société avait été constituée en vue d'exploiter la location de chambres d'hôtes au "... ". Il admettra qu'il s'agit de 6 (au moins) chambres d'hôtes ouvertes chaque année, entre mai et septembre. Monsieur D. répondait au téléphone et accueillait les gens, une femme d'ouvrage s'occupant du nettoyage des chambres.

Ces deux déclarations-différentes selon l'interlocuteur auquel Monsieur D. s'adresse- brouillent l'information.

L'analyse minutieuse des pièces déposées permet de constater qu'il y a en réalité deux sociétés "B. P.". La sprl B. P., siège en Belgique gérée par Monsieur D. , société qui semble n'avoir eu aucune activité, et une sarl B. P., dont le siège social en France servira pour exploiter le château et dont les revenus sont déclarés à l'impôt en France. Cette sarl B. P. a commencé ses activités le 1<sup>er</sup> décembre 2003, Monsieur D. en est le fondé de pouvoir et en tire des revenus. L'intéressé n'en parle pas lorsqu'il est entendu par l'INAMI.

- Suite à la séparation de Monsieur D. et de sa compagne, la SCI ... a été créée le 23 juillet 2003 (capital 1.160.000 EUR au même lieu que la société S. ; cette société a racheté le Château .... Monsieur D. en est l'un des actionnaires (souscription et libération de 427.000 EUR) ; il est statutairement désigné comme le "premier gérant" de cette société.
- Dès 2004, la SCI ... sous-loue le château à une EURL ... qui exploite le château. Monsieur D. produit le contrat de bail. Il affirme n'avoir aucun intérêt quelconque dans l'EURL ... (pièce 7, "échanges de correspondance" Eléments recueillis par le SPF Finances).

C'est possible, mais ce n'est pas clair : Monsieur D. produit des statuts de l'EURL ... qui datent de 2009. Selon ces statuts, la société est constituée par une ASBL. Manifestement cette EURL existait avant 2009, vu le bail (commercial) liant la SCI ... à cette EURL dès 2004 ; l'intéressé n'a pas produit les statuts avant 2009.

L'EURL a pour objet notamment : location de chambre, location de salles de travail et de salles sous chapiteau, l'organisation d'évènements à caractère culturel ou pédagogique. C'est à cette fin que le bail commercial est conclu.

Les revenus de la SCI, dont l'appelant est gérant, profitent également à des tiers.

- L'ASBL ... a été créée le 30 juin 2002. Elle organise des séminaires pour un certain B. Monsieur D. en a été le trésorier, actif (encaissement des participations aux rencontres, dépôts en banque, paiement des frais, présence à chaque rencontre, réservation de salles : cf. P. V. d'audition du 06.03.2007) ; il y avait entre 6 et 10 séminaires par an, du samedi à 14 h jusqu'au dimanche 16 h. Monsieur D. soutient avoir exercé cette activité à titre bénévole.

Le premier juge constate (adéquatement) qu'il bénéficiait de notes de frais. L'intéressé signale que "après novembre 2005 nous ne sommes plus passés par des notes de frais" (sic).

Incidemment, la cour constate que le sieur B. est également actionnaire de la SCI ...

- Selon les informations qui ont été réunies par l'auditorat en première instance, après interpellation des autorités françaises, les diverses activités de Monsieur D. dans ces sociétés ont produit des revenus d'une ampleur certaine. Notamment : en 2004 : 30.924 EUR, 2005 (11 mois) : 28.197 EUR pour la seule SCI ... ; il bénéficiait précédemment d'attributions de la SCI ... (7.731 EUR sur les 3 derniers mois 2003). Ces revenus ne sont pas déclarés en Belgique. Monsieur D. explique qu'ils n'y sont pas imposables. Ils n'ont pas été signalés à l'organisme assureur.

En résumé, ces faits établissent une activité d'exploitation du Château ..., au travers de sociétés qui s'enchevêtrent. L'incapacité a débuté en 1993, peu après l'achat du Château .... et un premier été de location de chambres d'hôtes au sein de cet immeuble. Rien ne figure sur la feuille de renseignements complétée par Monsieur D. en juin 1993.

Cette exploitation du château s'est poursuivie tout au long de la période d'invalidité subséquente, au moins jusqu'en 2007 (P.V.), au travers de diverses sociétés.

En 2007, il exerce encore un mandat au sein de la SCI ... (gestion journalière) et un autre comme trésorier de l'ASBL ...

5. De la sorte, sans en avoir informé l'INAMI, Monsieur D. a exercé des mandats de gestion dans plusieurs sociétés. Il a en outre effectivement participé à l'activité de location de chambres d'hôtes dès l'été 1993 (téléphonie, accueil). Il a, enfin, exercé une activité au profit d'une société ("ASBL").

L'activité, effective, de gestion de chambres d'hôtes, a été créée avant le début de la période d'incapacité. Cette activité existait déjà lorsqu'il a rempli sa feuille de renseignements en (juin) 1993. Elle a été développée ensuite et, peu importe la forme et/ou le changement de sociétés, était encore en cours en 2007, lors du procès verbal de constat dressé par l'INAMI.

L'enrichissement ainsi acquis du patrimoine de Monsieur D. est le fruit de l'activité de Monsieur D.

Il importe peu qu'il ne s'agisse pas d'une activité salariée. Ces activités s'intègrent dans les relations sociales et présentent un caractère productif. Elles ne se limitent pas, comme Monsieur D. tente en vain de le faire croire, à la simple perception de loyers d'une propriété immobilière.

Son activité profite également à des tiers.

Le tout s'accompagnait, depuis 2002, d'une fonction officielle de trésorier d'une société organisant des séminaires. L'intéressé soutient (p. 10) n'avoir jamais caché cette activité. Il n'en avait en tout cas pas informé son organisme assureur.

6. En avant-propos de ses conclusions (p. 5), l'appelant soutient que l'INAMI se fonde sur une preuve obtenue irrégulièrement. Il semble que l'intéressé fustige l'information qu'aurait reçue l'INAMI directement de l'ISI (ses conclusions, p. 9).

Monsieur D. ne se réfère, sur ce point, à aucune pièce en particulier et ne développe guère ce moyen (ses conclusions, p. 9), en telle sorte qu'il est malaisé d'y répondre.

L'INAMI dispose d'un rapport des activités de Monsieur D. émanant du SPF Finances (belge) (dossier, pièce 7, pièce portant la date du 27.07.2006). L'enquête menée par l'auditorat en première instance a, permis d'obtenir des informations complémentaires émanant des autorités françaises.

Dans son analyse des faits, la cour se fonde sur des éléments dont l'intéressé n'établit pas que l'INAMI les aurait obtenus irrégulièrement.

7. Monsieur D. conteste que puissent être retenus comme indices de reprise d'activité des comportements remontant à plus de cinq ans avant la décision du 7 avril 2007 (conclusions pp. 5 et 7).

Cette conception est erronée. Saisi d'une contestation concernant l'existence d'une activité non autorisée exercée en cumul avec le bénéfice d'indemnités d'invalidité, le juge peut prendre en considération l'ensemble des faits qui lui sont soumis, sans avoir égard, à ce stade de son raisonnement, à l'éventuelle application d'une prescription (sanction, récupération indu).

8. Ni l'approche fiscale des revenus nés des activités liées à l'exploitation du Château ... -approche qui a donné lieu à un litige sur le territoire français-, ni l'absence éventuelle d'imposition de ces revenus en Belgique, ni le caractère éventuellement bénévole de l'activité comme trésorier, ne dispensaient Monsieur D. de ses obligations à l'égard de la mutualité belge.

Certes, le médecin-conseil peut accorder l'autorisation d'exercer une activité pendant une période d'incapacité, pour autant que cette activité soit compatible avec l'affection en cause ; l'autorisation doit préciser la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité. (A.R. du 04.11.1963, art. 232, § 2).

Encore faut-il que la personne reconnue en incapacité de travail demande cette autorisation.

Or, lors de l'établissement de la feuille de renseignements en juin 1993, Monsieur D. n'a pas déclaré d'activité (dossier administratif : pièce 2). Il n'a, ensuite, jamais signalé exercer une quelconque activité. Il a exercé ses activités sans l'autorisation préalable <sup>1</sup> du médecin-conseil de son organisme assureur.

1. Selon les dispositions en vigueur au moment des faits, modifiées depuis lors.

**b) l'appelant demande de dire pour droit que l'incapacité de travail n'a jamais cessé, qu'il n'a perçu aucune allocation indue, et qu'il doit continuer à percevoir les indemnités d'incapacité qui lui sont attribuées**

9. En effectuant un travail sans autorisation du médecin-conseil, Monsieur D. a lui-même mis fin à la reconnaissance de l'état d'incapacité, ainsi que le constate la notification faite par le médecin inspecteur de l'INAMI le 4 avril 2007.

Il en résulte que le droit à une nouvelle indemnisation ne peut naître qu'à la suite d'une nouvelle déclaration de maladie et d'une nouvelle reconnaissance d'incapacité de travail (Cass. 30.10.2000, Pas. 2001, I, p. 587, cité par le ministère public, avis écrit, p. 16).

10. Il incombait à l'intéressé de saisir le médecin-conseil de son organisme assureur, ainsi que l'y invitait la notification d'avril 2007, afin de faire reconnaître qu'il était dans les conditions pour pouvoir bénéficier (à nouveau) des indemnités.

L'intéressé affirme avoir formulé une telle demande auprès du médecin-conseil sans produire cette demande. L'O.A. informe la cour que l'intéressé a ultérieurement, à partir d'août 2008, bénéficié d'indemnités d'invalidité, bénéfice qui lui a été retiré ensuite au motif d'une erreur commise par l'INAMI. La cour n'est pas saisie de la nouvelle contestation qui en résulte (recours introduit devant le tribunal du travail).

11. L'article 101 de la loi coordonnée est invoqué par l'appelant pour justifier un maintien en incapacité de travail.

Cette disposition limite les effets d'une activité non autorisée.

12. Ces limites ont été introduites par une loi du 18 octobre 1991 <sup>2</sup>.

Les travaux préparatoires à cette loi en expliquent l'objectif <sup>3</sup> : limiter les lourdes conséquences (obligation de rembourser toutes les indemnités, perte du droit aux prestations de santé, etc.) résultant du fait qu'une personne qui a repris un travail non autorisé n'est plus reconnue comme étant en incapacité de travailler.

La proposition originaire prévoyait la possibilité de renoncer à l'indu, de manière à préserver par voie de conséquence les autres droits sociaux de l'intéressé. Elle visait également à permettre à l'intéressé de prétendre à nouveau à l'octroi d'indemnités d'incapacité à partir de la date de cessation du travail non autorisé. Au cours de la discussion, le législateur a mis l'accent sur l'objectif social du projet : résoudre les cas dignes d'intérêts dans lesquelles les personnes concernées ont agi de bonne foi <sup>4</sup>. Cette discussion a mené au dépôt d'amendements menant au texte de la loi du 18 octobre 1991.

13. Telle qu'en vigueur au moment de la notification du constat de fin d'incapacité de Monsieur D., l'article 101 énonce <sup>5</sup> :

*"Le travailleur reconnu incapable de travailler qui a effectué un travail sans l'autorisation préalable visée à l'article 100, § 2, mais dont la capacité de travail est restée réduite d'au moins 50 % du point de vue médical, est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.*

2. Loi modifiant l'art. 10 de la loi du 09.08.1963 [...] et y insérant un art. 56**bis** et 56**ter**; M.B. 17.12.1991.

3. Proposition de loi, rapport, chambre, 810/3 – 88/89, p. 2.

4. Projet de loi, rapport, sénat, 882/2, - 89/90, p. 2.

5. La procédure a été simplifiée depuis lors : voir la loi du 28.04.2010 (art. 98, M.B. 10.05.2010) et la loi du 04.07.2011 (art. 17, M.B. 19.07.2011; entrée en vigueur le 12.04.2013 cf. A.R. du 12.03.2013) modifiant les art. 100 et 101 de la loi coordonnée ; voir aussi l'A.R. du 12.12.2010 insérant les art. 245**decies** et 24**undecies** à l'A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi.

*Il est toutefois réputé être resté frappé d'une incapacité de travail, et les jours pour lesquels les indemnités d'incapacité de travail sont récupérées en application de l'alinéa 1<sup>er</sup> sont assimilés à des jours pour lesquels une indemnité a été octroyée pour la fixation des droits aux prestations de la sécurité sociale du titulaire et des personnes dont il a la charge.*

*Dans des cas dignes d'intérêt, à l'exclusion de ceux où il y a eu une intention frauduleuse, le Comité de gestion du Service des indemnités peut renoncer en tout ou en partie à la récupération prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup>."*

L'appelant n'établit pas, sur la base de cette disposition, un droit à bénéficier d'indemnités d'incapacité de travail pour la période à partir de mai 2007.

14. Le rapport du médecin inspecteur de l'INAMI ouvrait la porte à une éventuelle application de l'article 101 ; ce rapport ne suffit pas en l'occurrence pour annuler les effets de l'activité non autorisée.

15. Le maintien éventuel d'une incapacité de travail en fait, malgré l'exercice d'une activité non autorisée, ne permet pas à Monsieur D. d'échapper à la récupération de l'indu résultant de l'exercice de cette activité (cf. loi coord., art. 101, rappelé ci-avant). Monsieur D. est tenu de rembourser les indemnités qu'il a perçues pour les jours ou la période durant lesquels ou laquelle il a accompli ce travail non autorisé.

16. La décision litigieuse de récupération tient compte de la prescription. Elle est motivée et reprend en annexe le détail de la récupération.

17. L'appelant conteste à tort la prescription (5 ans) appliquée à la récupération de l'indu.

L'action en récupération de la valeur des prestations indûment octroyées se prescrit par cinq ans lorsque l'octroi indu des prestations a été provoqué par des manœuvres frauduleuses dont est responsable celui qui en a profité.

Tel est le cas en l'espèce.

L'appelant s'était engagé à déclarer toute activité. Il a omis de faire une telle déclaration, dès le bulletin de renseignements signé en juin 1993, alors qu'il exploitait déjà des chambres d'hôtes depuis 1992 sous le couvert de sociétés. Cette omission de déclaration s'est maintenue tout au long de la période litigieuse.

La manière dont l'appelant organise ses activités productives indique qu'il n'agit pas sans information précise sur les conséquences, financières, fiscales, ou autres, de celles-ci. L'argument de défense lié à l'ignorance de la loi n'est pas plausible en l'espèce.

Cette omission s'accompagne en l'espèce de manœuvres visant à tromper l'organisme belge de sécurité sociale sur l'existence et la réalité de ses activités, de manière à pouvoir cumuler ces activités avec les indemnités d'incapacité de travail.

L'appelant a organisé son activité en veillant particulièrement à ce que l'organisme assureur belge en ignore tout, de l'existence d'abord, et de la nature exacte ensuite (cf. encore en 2007, aucune mention de l'activité de location de chambres d'hôtes dans ses moyens de défense). Cette ignorance par les organismes belges de sécurité sociale a été longuement entretenue et rendue possible par la manière dont l'appelant a veillé à exercer cette activité : activité exercée et imposée en France, via une construction financière opacifiant ses activités et la mise en exploitation (autre qu'une simple location) du château dont il est (co)propriétaire.

18. Pour la période non prescrite, la récupération porte sur l'ensemble des indemnités versée au cours de la période durant laquelle l'activité est constatée, à défaut de pouvoir préciser le nombre de jours de travail que Monsieur D. aurait prestés.

L'allégation d'une absence de revenus tirés de ces activités n'est pas retenue. Elle est contredite par les informations fournies par les autorités françaises dans le cadre de l'instruction légalement menée par l'auditorat en première instance.

19. Aucun des arguments invoqués par l'appelant pour justifier sa demande de constater l'absence d'indu ou sa demande de condamner l'INAMI à verser les indemnités d'incapacité de travail n'est fondé.

#### 4. Les sanctions

20. La décision administrative inflige une exclusion à raison de 200 indemnités en application de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 10 janvier 1969<sup>6</sup>, pour faux et usage de faux. Les constats de faux et d'usage de faux sont fondés sur la feuille de renseignements remplie par l'intéressé et adressée à l'organisme assureur en 1993.

La décision administrative inflige en outre une sanction d'exclusion de 180 indemnités au total, étant la sanction de trois comportements réprimés par l'article 2, 1°, 4° et 6° du même arrêté :

- le fait de ne pas déclarer à son organisme assureur un revenu professionnel, (1°)
- la reprise d'une activité non autorisée par le médecin-conseil tout en percevant des indemnités (4°)
- le fait de ne pas signaler à l'organisme assureur une reprise spontanée de travail et continuer ainsi à percevoir des indemnités d'incapacité (6°).

21. Il y a lieu de sursoir à statuer sur la contestation concernant les sanctions :

- 1) L'arrêté royal du 10 janvier 1969 a été abrogé par la loi du 19 mai 2010 (loi portant des dispositions diverses en matière de santé publique, M.B. 02.06.2010, entrée en vigueur 12.06.2010). La loi du 19 mai 2010 insère un article 168<sup>quinquies</sup> dans la loi coordonnée. Les parties n'ont pas débattu de l'éventuelle incidence de ces modifications sur la présente contestation.
- 2) Monsieur D. invoque la prescription de la sanction de faux et usage de faux. Il invoque simultanément l'unité d'intention pour que, seule une sanction, la plus forte, lui soit appliquée. Constaté l'unité d'intention peut emporter des effets, les uns favorables, les autres défavorables, à Monsieur D.  
Si l'unité d'intention est retenue, une seule peine, la plus forte, est applicable. Mais, la prescription ne commence à courir à l'égard de l'ensemble des faits fautifs qu'à partir du dernier de ceux-ci, pour autant qu'ils ne soient pas séparés par un délai plus long que la prescription (5 ans). Ceci peut avoir une incidence sur la prescription de l'infraction de faux et usage de faux.

#### PAR CES MOTIFS,

##### La cour du travail,

Statuant contradictoirement,

Après avoir pris connaissance de l'avis écrit du Ministère public et des répliques à cet avis,

Dit l'appel recevable,

Constata dès à présent que l'appel est non fondé dans la mesure suivante :

- confirme le jugement en ce qu'il dit non fondé le recours de Monsieur D. contre la décision de l'INAMI du 4 avril 2007

6. A.R. du 10.01.1969 déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

- confirme le jugement en ce qu'il condamne Monsieur D. à rembourser à l'O.A. la somme de 58.904,99 EUR à titre d'indemnités versées indûment.

Sursoit à statuer pour le surplus, étant le recours contre la décision administrative de l'INAMI du 8 juin 2007 (sanctions).

...

## II. Cour du travail de Gand, section de Bruges, 12 octobre 2012

Le fait qu'une assurée souffre du SFC, ne signifie pas nécessairement qu'elle répond de ce fait aux conditions prévues par l'article 100, § 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994. C'est donc l'incidence fonctionnelle des plaintes sur la capacité de gain qui permettra de déterminer si l'intéressée peut continuer à être reconnue incapable de travailler. L'affirmation simple de l'assurée, selon laquelle les personnes souffrant du SFC ne sont plus à même de faire des efforts, n'a pas été démontrée et n'est d'ailleurs pas fondée sur le plan scientifique. Le fait que l'expert ait mentionné dans sa requête adressée à la Cour du travail que les séances prévues n'avaient pas eu lieu pour cause de "maladie" (terme placé entre guillemets) dans le chef de l'assurée ne permet pas de conclure à l'absence d'objectivité ou au parti pris de l'expert.

*Le fait que l'intéressée souffre du SFC ne signifie pas automatiquement que sa capacité de travail est réduite à moins d'un tiers de ce qu'une personne valide peut tirer comme revenu de l'une ou l'autre activité professionnelle sur le marché général du travail. La constatation que pour pouvoir exercer une des professions de son ancien secteur professionnel ou pour pouvoir se réinsérer, l'intéressée doit consentir de véritables efforts, n'exclut pas qu'elle puisse encore continuer à travailler à temps partiel, a fortiori en regard de son intelligence et de son haut potentiel. L'affirmation de l'assurée, selon laquelle les personnes souffrant du SFC ne seraient plus en mesure de fournir des efforts, n'est pas démontrée et n'est d'ailleurs pas fondée sur le plan scientifique.*

*La requête, introduite par l'expert auprès de la Cour du travail, visant à surseoir à l'introduction du rapport d'expertise au motif que les séances prévues n'ont pas eu lieu pour cause de "maladie" de l'assurée, ne permet pas de conclure à l'absence d'objectivité ou au parti pris de l'expert. L'action en vue de la désignation d'un nouvel expert doit, dès lors, être rejetée.*

R.G. 2008/AG/29  
X. c./INAMI et O.A.

...

Te dezen wordt vastgesteld dat het deskundigenonderzoek van Dr. L. tegensprekelijk gebeurde. De opmerkingen van partijen, inzonderheid van appellante en haar behandelend arts werden beantwoord.

Dr. L. heeft bovendien om zo objectief mogelijk de arbeidsongeschiktheid van appellante vast te stellen nog bijkomende onderzoeken laten verrichten, namelijk een isotopen botscan en een psycho-ergologisch onderzoek.

De uitvoering van een psycho-ergologisch onderzoek vormt ontegensprekelijk een meerwaarde om tot een objectief en correct besluit te komen. De aangestelde psycholoog stelde vast dat appellante geen zwaar belastend werk meer aankon, maar dat zij wel nog halftijds als verkoopster kon fungeren. Er zijn geen aanwijzingen dat het psycho-ergologisch onderzoek met de psychologische testen niet werd uitgevoerd op basis van wetenschappelijk aanvaarde testresultaten. De deskundige Dr. L. stelde desbetreffend: "De uitvoerige gebruikte psychologische testen zijn allemaal gevalideerde testen die een grondige wetenschappelijke toetsing doorstaan hebben."

De pathologie van appellante en haar ziektebeeld worden door de deskundige Dr. L. niet betwist en aanvaard; Het feit dat appellante aan diverse aandoeningen lijdt betekent echter niet automatisch dat haar arbeidsvermogen minder dan 1/3de bedraagt dan wat een valide persoon door een of ander beroep op de algemene arbeidsmarkt kan verdienen.

Uit de vermelding op het verzoek van de deskundige aan het arbeidshof tot uitstel van indiening van het deskundigenverslag om reden dat de geplande zittingen niet doorgingen wegens "ziekte" (tussen aanhalingstekens) van appellante, leidt het arbeidshof niet af dat de deskundige van mening zou zijn geweest dat appellante een ziekte-toestand veinsde en evenmin werd dit als dusdanig ervaren door het arbeidshof. Daaruit kan niet worden afgeleid dat de deskundige Dr. L. vooringenomen of niet objectief is.

De diverse medische gegevens, de klachten van appellante en de vaststellingen worden gemotiveerd beschreven in het deskundigenverslag van Dr. L. De vaststellingen en het besluit van deze deskundige werden niet ontkracht door de medische verslagen van de behandelend geneesheer van appellante. Het oordeel van de deskundige Dr. L. voldoet aan de voorwaarden van onafhankelijkheid en objectiviteit. Met betrekking tot de graad van arbeidsongeschiktheid kan er dan ook geen voorkeur worden gegeven aan de visie van de behandelende arts, temeer dat er geen nieuwe gegevens worden aangebracht die van aard zijn om de conclusies van de deskundige te weerleggen. Gelet op het feit dat Dr. L. nog bijkomend een psycho-ergologisch onderzoek liet uitvoeren, wat niet gebeurde in het onderzoek van Dr. D., geeft het arbeidshof de voorkeur aan het advies van Dr. L. De meerwaarde door de uitvoering van een ergologisch onderzoek kan trouwens ook afgeleid worden uit het deskundigenverslag van Dr. D. die aanvankelijk een dergelijk onderzoek noodzakelijk achtte maar naderhand daarvan afzag, mogelijks wegens tijdelijke niet beschikbaarheid van de door hem aangesproken psychologen (zie stukken 59, 63, 65 en 68 procedurebundel hoger beroep).

De vaststellingen dat appellante mits een duidelijke meerinspanning binnen haar vroegere beroepencategorieën nog in staat is om te werken en dat de professionele reclassering van appellante enkel mogelijk zal zijn mits een duidelijke inspanning van betrokkene, sluit niet uit dat zij nog deeltijds kan werken, temeer gelet op haar intelligentie en ruime begaafdheid. Trouwens verklaarde appellante aan de psycholoog dat zij wel nog zou willen werken in de zaak van mineralen, waar zij vroeger deeltijds werkte. De bewering van appellante dat de personen die aan CVS lijden geen inspanningen meer kunnen leveren, wordt niet bewezen en is trouwens niet wetenschappelijk gefundeerd.

Te dezen wordt vastgesteld dat het deskundigenonderzoek tegensprekelijk gebeurde. Het verslag en de eindconclusie van de deskundige zijn degelijk gemotiveerd. Het deskundigenverslag en de overgelegde stukken verschaffen afdoend inzicht in de toestand van appellante. De zienswijze van appellante, gesteund op medische verslagen die voorgelegd werden aan de deskundige, doet geen afbreuk aan de gemotiveerde vaststellingen van Dr. L. Appellante brengt evenmin nieuwe gegevens aan die van aard zijn om de conclusies van de deskundige Dr. L. te ontkrachten. Het arbeidshof sluit zich aan bij het deskundigenadvies van Dr. L. en besluit, samen met de eerste rechter, dat appellante vanaf 29 december 2005 geen graad van arbeidsongeschiktheid bezit in de zin van artikel 100 ZIV-wet 1994.

...

### III. Tribunal du travail de Bruges, 19 décembre 2012

L'expert judiciaire peut être remplacé dès lors que celui-ci communique par courrier qu'il n'est pas en mesure de poursuivre l'expertise, étant donné qu'il pourrait être tenté d'attribuer le même score que lors de sa précédente évaluation de la perte d'autonomie de l'intéressé.

*L'expert judiciaire a signalé, par courrier, que suite à l'avis rendu par le médecin-inspecteur de l'INAMI, il estimait ne pas être en mesure d'exécuter l'expertise actuelle, étant donné qu'il pourrait être tenté d'attribuer le même score que lors de sa précédente évaluation de la perte d'autonomie de l'intéressé, après quoi la séance a été suspendue.*

R.G. 12/0656/A  
X. c./INAMI et O.A.

...

Bij brief van 25 oktober 2012 liet de deskundige weten dat tijdens de zitting van 24 oktober 2012 ..., geneesheer-inspecteur RIZIV, van mening was dat hij de huidige expertise niet kon uitvoeren omdat de mogelijkheid bestond dat de deskundige de neiging kon hebben om de vroegere toekenning van punten voor vermindering van de zelfredzaamheid te volgen, waarna de zitting werd stopgezet.

...

Het komt dan ook aangewezen voor de deskundige te ontlasten van zijn opdracht en een nieuwe deskundige aan te stellen.

## IV. Cour du travail d'Anvers, section d'Anvers, 11 décembre 2012

### Code judiciaire, article 978 – Expertise – Conclusions expert

*Pour réfuter de manière probante et de manière légale le rapport d'expertise – où sont pris en compte tous les documents médicaux soumis par les parties – il ne suffit pas de présenter de nouvelles attestations médicales des médecins traitants ; ces rapports médicaux doivent signaler des lacunes dans les constats médicaux, à tout le moins en ce qui concerne des erreurs d'appréciation commises par l'expert lors de l'évaluation de la réduction de la capacité de gain.*

R.G. 2012/AA/257

A.N. c./INAMI

...

#### 5.2. Beoordeling

Om het expertiseverslag – waarin rekening werd gehouden met alle door partijen voorgebrachte medische documenten – op een bewijskrachtige en wettelijke manier te weerleggen volstaat het niet om nieuwe medische attesten van behandelende geneesheren voor te brengen; die medische verslagen moeten wijzen op lacunes in de medische vaststellingen minstens op beoordelingsfouten van de gerechtsdeskundige bij de evaluatie van de vermindering van het verdienvermogen.

Bij lezing van de thans voorgebrachte medische verslagen en attesten stelt het arbeidshof vast dat deze de bevindingen en het besluit van de gerechtsdeskundige niet weerleggen of minstens in twijfel trekken.

...

De loutere vaststelling dat appellante, gelet op de geobjectiveerde letsels en functionele stoornissen, niet meer in staat is om zwaar rugbelastend werk uit te voeren of werk met een erg hoge werkdruk, volstaat niet om de vereiste invaliditeit te verantwoorden als niet wordt nagegaan of de wettelijk vereiste ongeschiktheidsgraad ook bestaat ten aanzien van beroepen zonder zware rugbelasting of zonder hoge werkdruk. (in dezelfde zin: Cass., 26.02.1990, Arr. Cass., 1989-1990, 846).

...

Samenvattend besluit het arbeidshof dat de thans voorgebrachte medische verslagen geen nieuwe medische gegevens bevatten die van aard zijn het besluit van de gerechtsdeskundige te weerleggen of minstens in twijfel te trekken zodat er geen aanleiding bestaat om een nieuwe geneesheerdeskundige aan te stellen;

Gelet op het objectief expertiseverslag sluit het arbeidshof zich aan bij het gemotiveerd definitief besluit van de gerechtsdeskundige; vanaf 16 maart 2010 beantwoordt appellante niet langer aan de criteria van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zodat de bestreden administratieve beslissing van 9 maart 2010 van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit evenals het vonnis van de tweede kamer van de arbeidsrechtbank Turnhout dienen te worden bevestigd.

Het hoger beroep is ongegrond.

...

## V. Cour du travail d'Anvers, section de Hasselt, 20 décembre 2012

### Loi coordonnée du 14 juillet 1994, article 100 – Incapacité de travail ad futurum

*Le tribunal du travail peut prolonger la durée de l'incapacité de travail, sans toutefois dépasser la durée de la procédure ; il ne peut reconnaître l'incapacité de travail " ad futurum ", parce que le CMI de l'INAMI doit avoir la possibilité de revoir, à tout moment, l'incapacité de travail après la décision judiciaire.*

R.G. 2012/AH/92  
INAMI c./S.Y.

....

Met eindvonnis *de dato* 3 februari 2012 sloten de eerste rechters zich aan bij de besluiten van gerechtsdeskundige prof. Dr. E. B. en verklaarden de vordering van S. Y. "*gegrond voor de periode van 14 januari 2011 tot 7 juli 2012 en vernietigt de bestreden administratieve beslissing.*"

Het RIZIV werd veroordeeld tot betaling van de kosten van het geding met toepassing van artikel 1017, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek.

Het RIZIV kon niet akkoord gaan met voormeld eindvonnis van 3 februari 2012 en tekende hoger beroep aan bij verzoekschrift, neergelegd ter griffie van dit hof op 7 maart 2012, en dit omwille van volgende reden:

*"Verzoekster aanvaardt het vonnis wat de erkenning van de arbeidsongeschiktheid vanaf 14 januari 2011 betreft, doch betwist dit aangaande de erkenning in de toekomst, met name een erkenning tot 7 juli 2012.*

*De arbeidsrechtbank mag de duur van de arbeidsongeschiktheid bepalen, zonder nochtans de duur van de procedure te overschrijden (cf. Arbh. Brussel, 23.05.1985, R.R. RIZIV, 9.1, nr. 15) en mag geen arbeidsongeschiktheid ad futurum erkennen, vermits de GRI de mogelijkheid moet hebben om op ieder ogenblik de arbeidsongeschiktheidsgraad te herzien (cf. Arbh. Gent 7.03.1985, R.R. RIZIV, 9.1, nr. 14)."*

...

### 3. Beoordeling

Het hoger beroep beperkt zich tot de vraag of de arbeidsgerechten een arbeidsongeschiktheid "*ad futurum*" mogen erkennen.

De eerste rechters hebben zich in het bestreden vonnis *de dato* 3 februari 2012 aangesloten bij de bevindingen van gerechtsdeskundige prof. Dr. E. B. en hebben geoordeeld dat de vordering van de heer S. Y. gegrond was voor de periode vanaf 14 januari 2011 tot 7 juli 2012 (einddatum).

Terecht stelt het RIZIV dat de arbeidsrechtbank de duur van de arbeidsongeschiktheid mag bepalen, zonder evenwel de duur van de procedure te overschrijden; zij mag geen arbeidsongeschiktheid "*ad futurum*" erkennen na 3 februari 2012 (datum van het bestreden vonnis) aangezien de GRI van het RIZIV de mogelijkheid moet hebben om na de gerechtelijke uitspraak, op elk ogenblik, de arbeidsongeschiktheid te herzien.

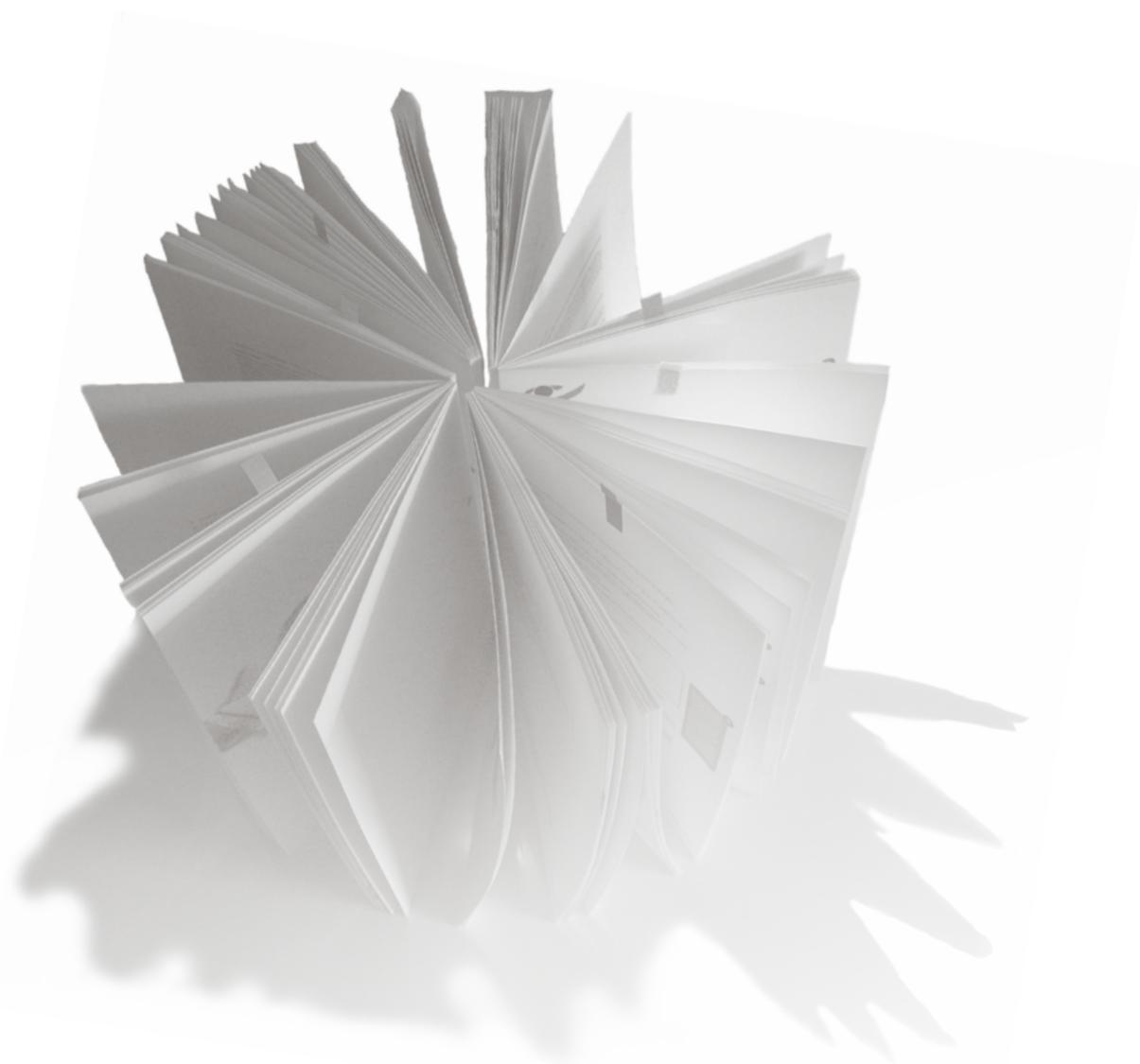
Geïntimeerde verklaarde zich trouwens akkoord met dit standpunt van appellant.

Er bestaat bijgevolg aanleiding toe het bestreden vonnis te hervormen in die zin dat S.Y. arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100, § 1 en § 2 van de gecoördineerde ZIV-wet van 14 juli 1994 vanaf 14 januari 2011.

Het hoger beroep komt bijgevolg gegrond voor.

...

4<sup>e</sup> Partie  
Questions et réponses  
parlementaires



# I. Fraude sociale

## Point central de contact

Question n° 5-7781 posée le 17 janvier 2013 au Secrétaire d'État à la lutte contre la fraude sociale et fiscale, adjoint au premier ministre par Monsieur le Sénateur VASTERSAVENDTS<sup>1</sup>

Aux Pays-Bas, différents points de contact permettent de signaler des formes diverses de fraude. Par exemple, la fraude en matière de travail et de revenus peut être indiquée par le biais du carrefour d'information du ministère des Affaires sociales et de l'Emploi (SZW). On peut rapporter des abus liés au travail intérimaire au "Meldpunt Malafide Uitzendbureaus". La "Sociale Verzekeringsbank" (SVB) dispose d'un formulaire spécifique de dénonciation de fraude au domicile.

Chez nous, la personne qui veut dénoncer une fraude à l'assistance, au domicile ou au chômage ne peut s'adresser nulle part. Pour être clair, il ne s'agit pas de déclarations anonymes mais de simples déclarations de citoyens et d'entreprises qui, confrontés à une fraude, désirent la signaler. Différents citoyens m'ont déjà demandé où ils pouvaient s'adresser.

Je souhaiterais poser les questions suivantes :

1. Comment réagissez-vous aux différents points de contact mis sur pied par les autorités néerlandaises en matière de fraude aux allocations, de fraude liée aux agences d'intérim marronnes, et de fraude aux allocations de chômage et de maladie ? Êtes-vous favorable à une initiative similaire dans notre pays, et si oui, pouvez-vous préciser ? Si non, pourquoi pas ?
2. Pouvez-vous indiquer la marche à suivre concrètement par le citoyen ou l'entreprise qui veut signaler une fraude aux allocations ou une fraude sociale ? Un point de contact central existe-t-il et dans l'affirmative sa notoriété est-elle suffisante ?
3. Pouvez-vous indiquer combien de dénonciations de fraude sociale, de fraude aux allocations ou de fraude au domicile vos services et/ou votre administration ont reçues ces trois dernières années ? Toutes ces plaintes ont-elles été systématiquement instruites ?

## Réponse

Veuillez trouver ci-après la réponse aux questions posées.

1. L'exemple des Pays-Bas est un cas manifeste de bonne pratique certainement intéressant. Depuis que le SIRS (Service d'information et de recherche sociale) a été renforcé par l'arrivée de nouveaux coordinateurs, les différents services d'inspection sociale agissant sur le terrain, partenaires du SIRS, ont déjà insisté pour la création d'un point de contact unique pour le public. Cette demande est actuellement à l'examen.

1. Sénat, session ordinaire 2012-2013.

2. Il est pour le moment possible au citoyen de s'adresser à nombre de services d'inspection différents et d'institutions de sécurité sociale pour signaler une fraude ou déposer une plainte. Ceci peut aussi se faire auprès de toutes autres autorités administratives, police, parquets, autorités communales, le Roi, le Comité P, les ombudsmans, les services publics fédéraux (SPF), etc. La grande diversité d'instances, institutions de sécurité sociale et services d'inspection rend la demande d'un point central de contact d'autant plus nécessaire.

3. Il n'est pas possible dans l'état actuel des choses de rassembler des données chiffrées concernant les dénonciations et les plaintes reçues par tous les services visés ci-dessus. Toutes les informations reçues ne demandent pas une enquête ; il s'agit parfois d'informations intéressantes sans plus ; certaines sont parfois trop vagues, imprécises, parfois de mauvaise foi ou injustifiées. Toutes les plaintes formulées clairement, et non pas à la légère, et qui renvoient manifestement à une fraude sont examinées par la plupart des services. La mise en place d'un point de contact unique permettrait d'enregistrer toutes les informations et plaintes selon une codification uniforme et offrirait un bon exemple de communication aisée entre citoyens et autorités chargées du contrôle.

## II. Médicaments génériques

### Utilisation en milieu hospitalier

Question n° 243 posée le 20 janvier 2012 à Madame la Vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales par Monsieur le Représentant SOMERS<sup>1</sup>

Bon nombre de patients entament une nouvelle médication à la suite d'un séjour en milieu hospitalier. Les hôpitaux jouent donc un rôle majeur en ce qui concerne la familiarisation des patients avec les médicaments génériques.

1. Quelle a été, en 2010, la part des médicaments génériques dans le total des médicaments utilisés en milieu hospitalier ?
2. Quelle a été, en 2010, la part des médicaments génériques dans le total des médicaments utilisés en milieu hospitalier pour lesquels une alternative générique était disponible ?
3. Quelles initiatives ont été prises l'année dernière pour inciter les hôpitaux à utiliser des médicaments génériques ?

1. Bulletin n° 118, Chambre, session ordinaire 2012-2013, p. 214.

## Réponse

En réponse à votre question, je peux vous communiquer ce qui suit :

1. Le tableau 1 en annexe présente la part dans l'usage (exprimé en nombre d'unités de tarification et DDD) des "médicaments génériques" dans la totalité des médicaments consommés en hôpital pour la période 2002-2011, tel qu'on le retrouve dans doc PH (spécialités délivrées en hôpital et remboursées par l'INAMI).
2. Le tableau 2 en annexe présente la part dans l'usage (exprimé en nombre d'unités de tarification et DDD) des "médicaments génériques" dans la totalité des médicaments pour lesquels il existait une variante générique, consommés en hôpital pour la période 2002-2011, tel qu'on le retrouve dans doc PH (spécialités délivrées en hôpital et remboursées par l'INAMI).
3. La forfaitarisation partielle des médicaments introduite en 2006 est un système qui pousse les hôpitaux à choisir les médicaments les moins chers disponibles sur le marché. Les tableaux 1 et 2 montrent d'ailleurs clairement que l'usage des génériques à l'hôpital est en augmentation constante.

**Tableau 1 : Part des médicaments génériques dans les délivrances des officines hospitalières**

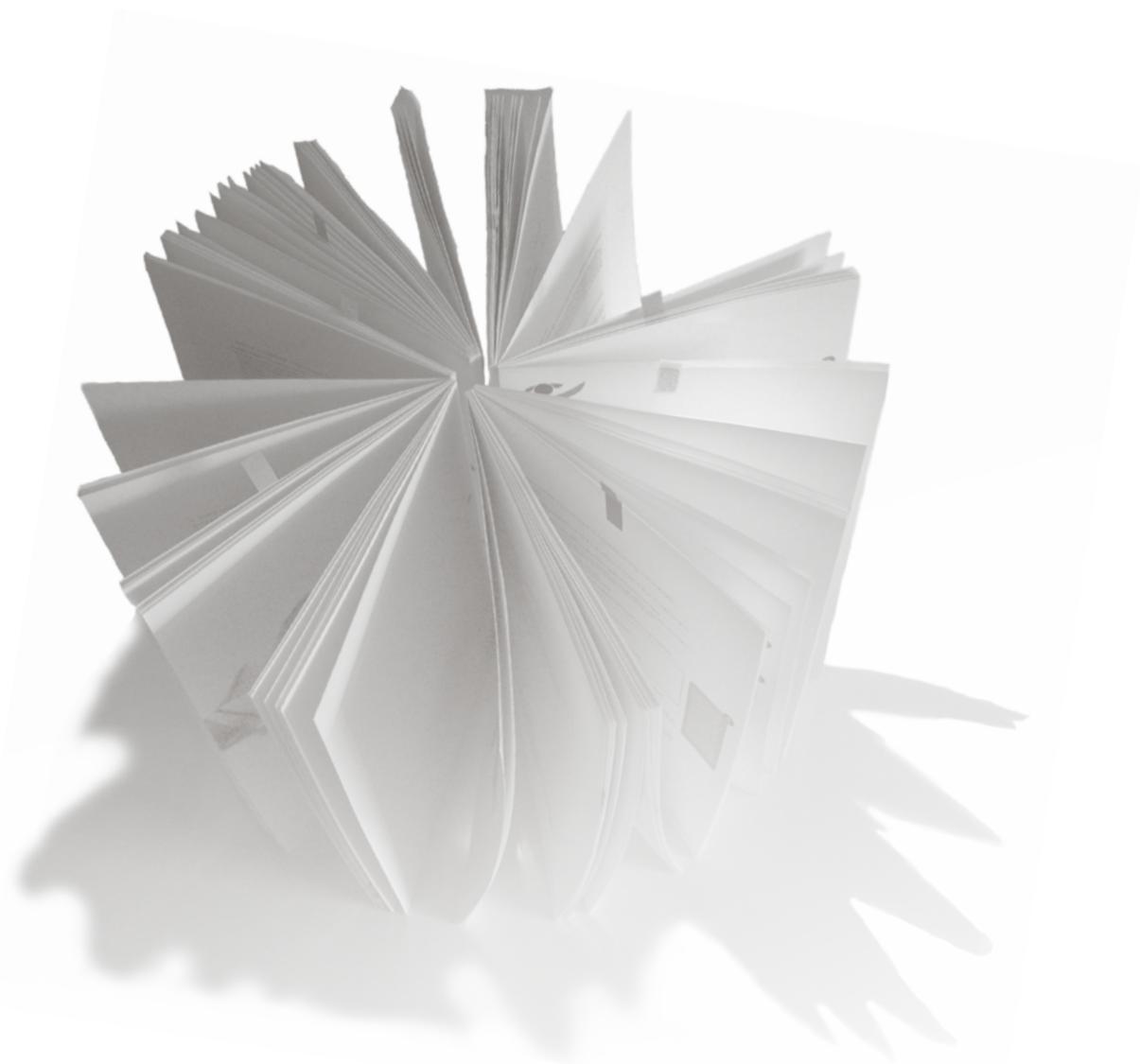
Année	% du nombre d'unités de tarification	% du nombre de DDD
2002	0,7	1,2
2003	1,8	1,9
2004	3,6	3,6
2005	4,9	4,6
2006	6,2	5,6
2007	7,0	6,2
2008	7,6	6,9
2009	8,3	7,6
2010	9,5	8,9
2011	10,4	11,5

**Tableau 2 : Part des médicaments génériques dans les délivrances des officines hospitalières de médicaments avec alternatives génériques**

Année	% du nombre d'unités de tarification	% du nombre de DDD
2002	3,0	3,5
2003	7,2	5,4
2004	12,7	9,4
2005	15,3	11,6
2006	17,7	13,6
2007	18,4	14,7
2008	19,7	15,7
2009	20,2	16,6
2010	21,4	16,6
2011	21,9	20,4

# 5<sup>e</sup> Partie

## Données de base



## I. Statut OMNIO - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance

En application des articles 38 et 39 de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 – Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires OMNIO ne peuvent atteindre les plafonds en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2012)	
Titulaires	Personnes à charge
16.306,86 EUR	3.018,84 EUR

En vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2014 :

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2013)	
Titulaires	Personnes à charge
16.743,70 EUR	3.099,72 EUR



Circulaire O.A. n° 2013/274 - 3991/239 du 21 août 2013.

## II. Statut BIM - Moyenne des montants des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) pour l'année 2013

En application de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 – Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires des BIM ne peuvent atteindre les plafonds de 11.763,02 et 2.177,65 EUR (à l'indice pivot 103,14 base 1996 = 100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être lorsque le mécanisme prévu aux articles 5 ou 72 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations est mis en œuvre.

En vigueur à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013.

Moyenne des plafonds des revenus - Exercice antérieur (2013)	
Titulaires	Personnes à charge
16.743,70 EUR	3.099,72 EUR



Circulaire O.A. n° 2013/276 - 3991/241 du 21 août 2013.

### III. Statut BIM - Plafond du montant annuel des revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance (art. 37, § 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup>) à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013

#### Bien-être

En application de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> avril 2007 – Moniteur belge du 3 avril 2007 (2<sup>e</sup> éd.) fixant les conditions d'octroi de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 1<sup>er</sup> de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 et instaurant le statut OMNIO, les montants des revenus des bénéficiaires des BIM ne peuvent atteindre les plafonds de 11.763,02 et 2.177,65 EUR (à l'indice pivot 103,14 base 1996 = 100), ces montants sont adaptés à l'indice des prix à la consommation et à l'évolution du bien-être lorsque le mécanisme prévu aux articles 5 ou 72 de la loi du 23 décembre 2005 relative au pacte de solidarité entre les générations est mis en œuvre.

Montant maximum du montant annuel des revenus des bénéficiaires	
Titulaires	Personnes à charge
16.965,47 EUR	3.140,77 EUR



Circulaire O.A. n° 2013/275 - 3991/240 du 21 août 2013.

## IV. Plafonds des revenus annuels, à ne pas atteindre par les résidents pour bénéficier d'une réduction de la cotisation personnelle (art. 134, 3<sup>e</sup> al. de l'A.R. du 03.07.1996) - Résidents, indexation et moyenne annuelle

Ce montant de 25.285,14 EUR lié à l'indice-pivot des prix à la consommation 103,14 (base 1996 = 100) est adapté à l'évolution des prix à la consommation de la même manière que les plafonds de revenus des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance.

Indexation des plafonds (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge (idem intervention majorée)
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2002	26.306,66	2.265,63
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2002	26.832,59	2.310,92
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2003	27.368,64	2.357,09
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2004	27.914,79	2.404,13
À partir du 1 <sup>er</sup> août 2005	28.473,60	2.452,25
À partir du 1 <sup>er</sup> octobre 2006	29.042,51	2.501,25
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2007(bien-être)	29.042,51	2.518,75
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2008	29.624,07	2.602,36
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2008	30.215,74	2.654,33
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2008	30.820,06	2.707,42
À partir du 1 <sup>er</sup> juin 2009 (bien-être)	30.820,06	2.756,15
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2010 (bien-être)	30.820,06	2.788,65
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2010	31.437,01	2.844,47
À partir du 1 <sup>er</sup> mai 2011	32.066,61	2.901,44
À partir du 1 <sup>er</sup> septembre 2011 (bien-être)	32.066,61	2.921,74
À partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 (bien-être)	32.066,61	2.959,47
À partir du 1 <sup>er</sup> février 2012	32.708,86	3.018,74
À partir du 1 <sup>er</sup> décembre 2012	33.363,74	3.079,19
<b>À partir du 1<sup>er</sup> septembre 2013 (bien-être)</b>	<b>33.363,74</b>	<b>3.140,77</b>

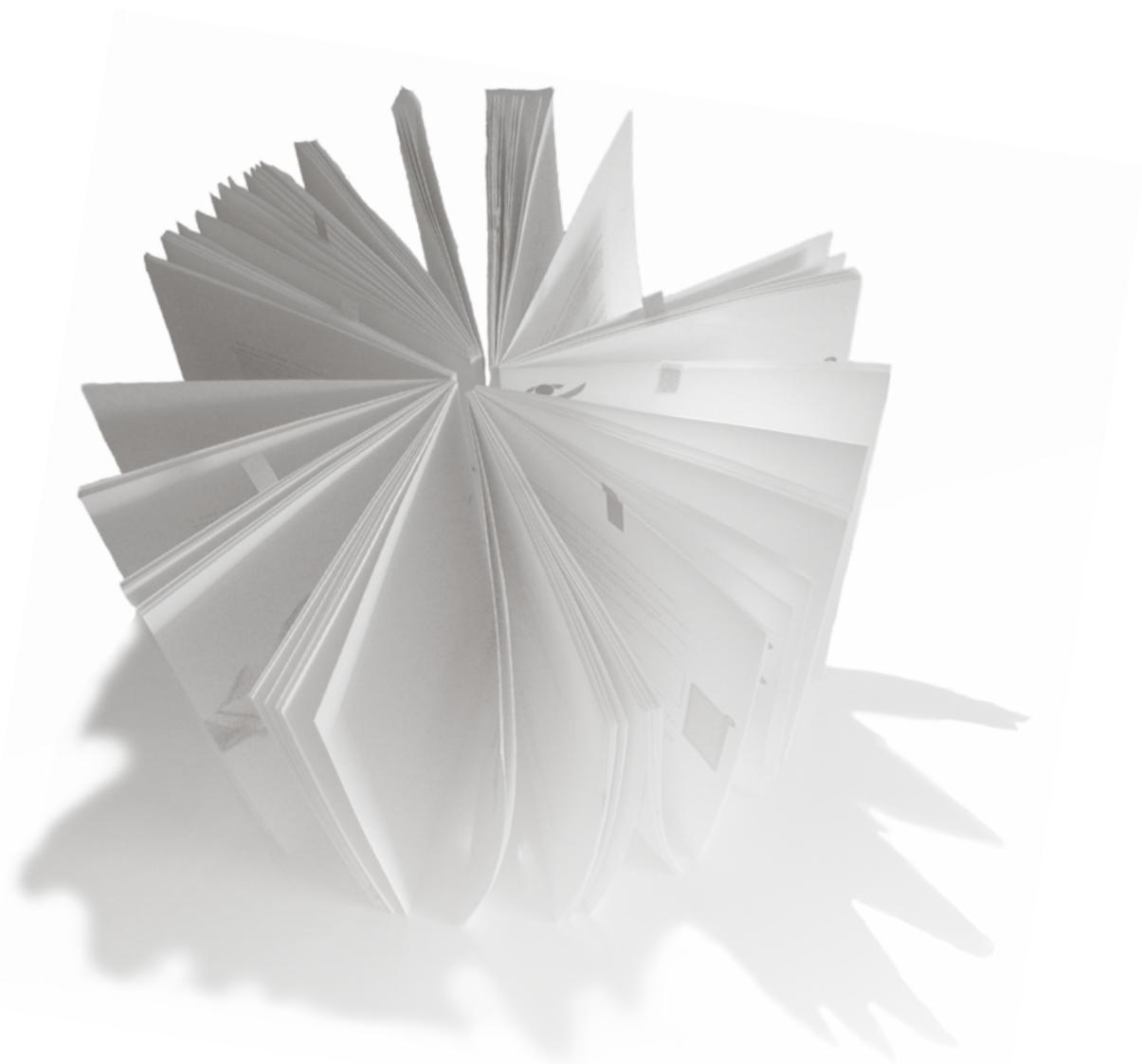
Moyenne annuelle (montants en EUR)		
	Résidents	Personnes à charge
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
<b>2013</b>	<b>33.363,74</b>	<b>3.099,72</b>



Circulaire O.A. n° 2013/277 - 270/60, 273/60, 274/62, 276/112, 2790/60, 2791/60, 2792/59, 3910/1291 et 83/432 du 21 août 2013.

# 6<sup>e</sup> Partie

# Statistiques



## Évolution des dépenses trimestrielles cumulées soins de santé - 1<sup>er</sup> trimestre 2013

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	282.198	578.491	869.545	1.179.266	
b) Imagerie médicale	265.925	548.189	821.823	1.123.492	
c) Consultations, visites et avis	481.137	921.764	1.340.380	1.802.427	
d) Prestations spéciales	295.200	599.227	893.804	1.205.161	
e) Chirurgie	267.290	539.713	796.219	1.071.069	
f) Gynécologie	22.858	45.751	69.424	93.536	
g) Surveillance	91.284	184.835	275.739	367.681	
h) Forfait accréditation médecins	3.180	3.180	9.076	10.617	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	46	6.181	6.471	6.547	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	9.075	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	4.924	33.832	52.243	64.252	
m) Fonds d'impulsion	906	3.004	5.709	6.908	
n) Soutien de la pratique médecine générale	430	542	1.393	15.912	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
<b>Total médecins</b>	<b>1.715.378</b>	<b>3.464.709</b>	<b>5.141.826</b>	<b>6.955.943</b>	<b>7.110.317</b>
2. a) Honoraires dentaires	198.154	388.839	566.347	762.275	797.272
b) Forfait accréditation	7	12	13.121	13.287	13.198
<b>Total dentistes</b>	<b>198.161</b>	<b>388.851</b>	<b>579.468</b>	<b>775.562</b>	<b>810.470</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.093.238	2.192.274	3.265.907	4.397.247	4.295.729
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	267.794	541.060	829.513	1.116.374	1.128.320
5. Frais spécifiques services soins à domicile	9.633	9.633	19.723	19.723	20.006
6. Soins par kinésithérapeutes	159.486	316.575	457.864	606.694	585.715
7. Soins par bandagistes	58.879	123.040	184.922	252.193	261.062
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	137.405	273.121	404.789	551.283	677.402
10. Soins par opticiens	6.589	12.397	17.749	23.445	30.085
11. Soins par audiciens	11.962	24.057	35.462	46.819	45.988
12. Accouchements par accoucheuses	3.846	7.541	11.514	15.444	15.737
13. Prix de la journée d'entretien	1.216.571	2.465.321	3.715.104	4.975.697	5.120.839
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	51.959	107.264	162.247	219.409	213.069
Transport	0	0	0	0	238
<b>Total</b>	<b>1.268.530</b>	<b>2.572.585</b>	<b>3.877.351</b>	<b>5.195.106</b>	<b>5.334.146</b>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.278	5.205	7.599	9.427	7.667
15. Dialyse					
a) Médecins	35.638	71.437	108.713	147.383	149.630
b) Forfait dialyse rénale	32.692	65.673	100.633	137.130	140.214
c) À domicile, dans un centre	25.795	51.448	79.077	106.963	106.447
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
<b>Total dialyse</b>	<b>94.125</b>	<b>188.558</b>	<b>288.423</b>	<b>391.476</b>	<b>396.291</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	296.122	580.949	881.187	1.186.508	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	220.883	427.173	643.341	861.167	
c) Centres de soins de jour	3.773	7.677	11.739	16.394	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	76.257	144.467	215.585	284.128	
e) Prime syndicale	2.341	2.341	4.293	4.293	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	5.048	7.309	10.449	13.474	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	0	277	
<b>Total</b>	<b>604.424</b>	<b>1.169.916</b>	<b>1.766.594</b>	<b>2.366.241</b>	<b>2.367.070</b>
17. Fin de carrière	34.469	55.688	76.854	98.023	97.155
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	22.934	46.475	72.101	95.944	106.370
b) Initiatives d'habitation protégée	9.268	18.349	27.933	38.550	41.201
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	590	1.260	1.919	2.575	2.634
<b>Total</b>	<b>32.792</b>	<b>66.084</b>	<b>101.953</b>	<b>137.069</b>	<b>150.205</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	115.340	243.652	363.792	500.031	561.805
20. Fond Spécial	5.367	8.483	9.952	12.118	17.643
21. Logopédie	19.587	39.551	55.007	74.519	72.903
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.597	14.324	21.549	28.774	25.904
24. Régularisations + Refacturation	-40.299	-65.669	-84.691	-99.826	-71.017
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	125.352	160.709	223.499	329.653	379.760
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>125.352</b>	<b>160.709</b>	<b>223.499</b>	<b>329.653</b>	<b>379.760</b>
26. Patients chroniques	20.769	35.658	55.409	85.823	96.927
27. Soins palliatifs	3.567	7.668	10.592	11.460	12.422
28. Soins palliatifs (patient)	3.254	6.344	9.483	12.705	20.092
29. Matériel corporel humain	1.207	2.583	4.055	5.537	8.980
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	121	235	397	535	526
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	127	225	318	403	568
b) COMA	119	247	373	500	783
c) Projets thérapeutiques	134	263	407	521	1.335
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>380</b>	<b>735</b>	<b>1.098</b>	<b>1.424</b>	<b>2.686</b>

Tableau I : Dépenses trimestrielles cumulées - 2011 - suite (en milliers d'EUR)					
Libellé	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4	Objectif
32. Internés	6.506	6.687	16.048	30.863	32.620
33. Sevrage tabac	224	430	629	837	2.535
34. Circuit de soins psychiatriques	58	1.248	1.713	1.774	3.828
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	50.000
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	19.498	41.040	62.988	87.225	84.896
39. SM/SLA/Huntington	1.408	3.239	4.888	6.432	8.563
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	9.069
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	2.964
45. Accord social	0	0	7.964	18.076	17.930
46. Divers	1.305	1.488	2.752	8.441	30.821
- Affectation fonds d'avenir					0
- Initiatives 2010 BMF					0
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					1.093.460
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.148.607</b>
<b>Total général</b>	<b>5.993.230</b>	<b>11.922.699</b>	<b>17.837.635</b>	<b>24.077.470</b>	<b>25.869.336</b>

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR)					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	320.076	648.505	946.041	1.253.159	
b) Imagerie médicale	302.888	613.368	888.312	1.171.583	
c) Consultations, visites et avis	500.768	962.333	1.410.254	1.871.345	
d) Prestations spéciales	322.204	646.968	950.429	1.264.506	
e) Chirurgie	290.323	577.730	836.191	1.115.242	
f) Gynécologie	23.615	47.444	70.555	94.472	
g) Surveillance	100.801	201.122	294.631	391.822	
h) Forfait accréditation médecins	6.514	11.148	15.481	16.456	
i) Forfait dossier médical	0	0	0	0	
j) Forfait télématique	22	6.239	6.734	6.802	
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0	0	0	3.476	
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	17.226	28.408	41.145	54.998	
m) Fonds d'impulsion	1.424	1.612	2.613	4.476	
n) Soutien de la pratique médecine générale	432	637	685	17.093	
o) Tests ADN effectués à l'étranger	0	0	0	0	
<b>Total médecins</b>	<b>1.886.293</b>	<b>3.745.514</b>	<b>5.463.071</b>	<b>7.265.430</b>	<b>7.304.023</b>
2. a) Honoraires dentaires	204.028	402.097	585.624	790.518	807.888
b) Forfait accréditation	15	26	13.893	14.076	14.148
<b>Total dentistes</b>	<b>204.043</b>	<b>402.123</b>	<b>599.517</b>	<b>804.594</b>	<b>822.036</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.135.948	2.254.430	3.297.719	4.369.059	4.304.383
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	288.368	590.632	888.965	1.191.946	1.199.992
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.255	12.079	22.771	22.777	20.861
6. Soins par kinésithérapeutes	165.660	320.101	469.518	624.859	624.882
7. Soins par bandagistes	62.531	129.706	195.504	266.099	284.392
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	159.805	317.848	464.597	627.268	651.979
10. Soins par opticiens	6.599	12.694	18.259	23.946	31.809
11. Soins par audiciens	11.282	23.094	35.435	50.570	56.349
12. Accouchements par accoucheuses	3.973	8.013	12.078	16.088	16.733
13. Prix de la journée d'entretien	1.271.657	2.565.405	3.859.934	5.180.920	5.300.578
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.763	119.917	177.611	237.478	237.051
Transport	0	0	0	0	238
<b>Total</b>	<b>1.330.420</b>	<b>2.685.322</b>	<b>4.037.545</b>	<b>5.418.398</b>	<b>5.537.867</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	472	2.560	2.586	7.164	7.921
15. Dialyse					
a) Médecins	38.132	76.126	114.164	152.435	154.741
b) Forfait dialyse rénale	35.417	71.041	106.796	142.748	143.225
c) À domicile, dans un centre	26.722	53.892	81.485	108.859	119.345
d) Dialyse de nuit	0	0	0	0	0
<b>Total dialyse</b>	<b>100.271</b>	<b>201.059</b>	<b>302.445</b>	<b>404.042</b>	<b>417.311</b>

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	312.786	620.074	935.500	1.251.036	
b) Maisons de repos pour personnes âgées	222.329	441.974	668.759	898.829	
c) Centres de soins de jour	4.624	9.212	13.929	18.962	
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.048	155.878	229.534	302.939	
e) Prime syndicale	2.388	2.503	2.503	2.503	
f) Renouvellements de soins (art. 56)	3.408	4.338	4.338	9.359	
g) Centres de jour palliatifs	0	0	132	438	
<b>Total</b>	<b>628.583</b>	<b>1.233.979</b>	<b>1.854.695</b>	<b>2.484.066</b>	<b>2.516.463</b>
17. Fin de carrière	37.577	61.467	85.241	109.084	113.187
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	23.391	45.943	69.915	93.529	107.044
b) Initiatives d'habitation protégée	10.534	20.767	31.197	41.869	42.898
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	688	1.419	2.080	2.715	2.955
<b>Total</b>	<b>34.613</b>	<b>68.129</b>	<b>103.192</b>	<b>138.113</b>	<b>152.897</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	127.460	266.005	397.389	533.873	602.074
20. Fond Spécial	1.041	2.446	3.125	4.130	19.640
21. Logopédie	20.417	41.241	57.321	77.657	76.914
22. Centres médicaux-pédiatriques	0	0	0	0	0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	7.895	15.031	22.172	29.719	31.143
24. Régularisations + Refacturation	-33.826	-58.944	-73.342	-85.337	-74.213
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.124	148.496	214.199	328.002	390.694
b) MAF fiscal	0	0	0	0	0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>111.124</b>	<b>148.496</b>	<b>214.199</b>	<b>328.002</b>	<b>390.694</b>
26. Patients chroniques	20.662	37.980	64.451	90.532	105.939
27. Soins palliatifs	3.925	8.181	11.240	12.274	12.485
28. Soins palliatifs (patient)	3.625	6.980	10.443	14.048	19.683
29. Matériel corporel humain	1.613	3.162	4.905	6.685	6.617
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	171	339	504	700	551
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	108	191	303	368	462
b) COMA	134	262	376	486	594
c) Projets thérapeutiques	105	201	237	337	4.698
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>347</b>	<b>654</b>	<b>916</b>	<b>1.191</b>	<b>5.754</b>
32. Internés	4.001	17.602	17.699	29.200	33.595
33. Sevrage tabac	234	459	645	859	2.575
34. Circuit de soins psychiatriques	59	120	120	120	0
35. Provision de stabilité	0	0	0	0	0

Tableau II : Dépenses trimestrielles cumulées - 2012 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4	Objectif
36. Fonds assuétudes	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0	0	0	0	0
38. Maisons médicales	22.018	45.212	70.054	95.233	98.417
39. SM/SLA/Huntington	1.654	3.703	5.681	7.619	8.850
40. Patients chroniques extra	0	0	0	0	8.696
41. Trajets de soins	0	0	0	0	0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0	0	0	0	0
43. Fonds d'indemnisation	0	0	0	0	12.507
44. Maladies rares	0	0	0	0	3.053
45. Accord social	0	65	823	8.688	18.199
46. Divers	1.539	2.003	2.684	3.255	32.678
- Gel montants réservés					70.049
- Compensation économies mars 2012					20.247
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					55.147
- Contributions sécurité sociale équilibre					0
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>145.443</b>
<b>Total général</b>	<b>6.363.652</b>	<b>12.612.485</b>	<b>18.667.167</b>	<b>24.984.951</b>	<b>25.627.379</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR)

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
1. Honoraires médicaux					
a) Biologie clinique	305.530				
b) Imagerie médicale	281.702				
c) Consultations, visites et avis	523.660				
d) Prestations spéciales	308.588				
e) Chirurgie	282.989				
f) Gynécologie	22.401				
g) Surveillance	101.673				
h) Forfait accréditation médecins	5				
i) Forfait dossier médical	0				
j) Forfait télématique	19				
k) Contrôle de qualité biologie clinique	0				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	19.886				
m) Fonds d'impulsion	7.057				
n) Soutien de la pratique médecine générale	473				
o) Tests ADN effectués à l'étranger	240				
<b>Total médecins</b>	<b>1.854.223</b>				<b>7.544.861</b>
2. a) Honoraires dentaires	211.948				826.934
b) Forfait accréditation	29				14.523
<b>Total dentistes</b>	<b>211.977</b>				<b>841.457</b>
3. Prestations pharmaceutiques	1.057.593				4.248.545
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	298.775				1.282.420
5. Frais spécifiques services soins à domicile	10.916				22.307
6. Soins par kinésithérapeutes	169.320				657.250
7. Soins par bandagistes	65.271				290.265
8. Soins par orthopédistes					
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	164.573				700.552
10. Soins par opticiens	7.163				32.687
11. Soins par audiciens	12.766				57.624
12. Accouchements par accoucheuses	4.288				17.638
13. Prix de la journée d'entretien	1.319.992				5.510.542
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	58.265				260.151
Transport	0				235
<b>Total</b>	<b>1.378.257</b>				<b>5.770.928</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	2.694				8.098
15. Dialyse					
a) Médecins	38.652				157.208
b) Forfait dialyse rénale	36.614				156.119
c) À domicile, dans un centre	28.359				120.947
d) Dialyse de nuit	0				0
<b>Total dialyse</b>	<b>103.625</b>				<b>434.274</b>

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours					
a) Maisons de repos et de soins	325.303				
b) Maisons de repos pour personnes âgées	233.360				
c) Centres de soins de jour	5.346				
d) Harmonisation salariale personnel MRS	83.702				
e) Prime syndicale	2.578				
f) Renouvellements de soins (art. 56)	0				
g) Centres de jour palliatifs	0				
<b>Total</b>	<b>650.289</b>				<b>2.634.005</b>
17. Fin de carrière	43.748				130.216
18. Soins de santé mentale					
a) Maisons de soins psychiatriques	24.960				107.357
b) Initiatives d'habitation protégée	11.361				44.123
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	768				3.548
<b>Total</b>	<b>37.089</b>				<b>155.028</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	134.091				620.727
20. Fond Spécial	313				14.166
21. Logopédie	21.854				83.691
22. Centres médicaux-pédiatriques	0				0
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	8.312				32.209
24. Régularisations + Refacturation	-30.248				-93.680
25. Du maximum à facturer					
a) MAF social	111.243				372.949
b) MAF fiscal	0				0
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>111.243</b>				<b>372.949</b>
26. Patients chroniques	22.249				98.806
27. Soins palliatifs	3.850				13.387
28. Soins palliatifs (patient)	3.878				20.589
29. Matériel corporel humain	1.881				7.325
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	174				847
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne					
a) SISD	120				329
b) COMA	99				555
c) Projets thérapeutiques	113				4.828
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>332</b>				<b>5.712</b>
32. Internés	11.243				34.522
33. Sevrage tabac	233				1.233
34. Circuit de soins psychiatriques	0				0

Tableau III : Dépenses trimestrielles cumulées - 2013 (en milliers d'EUR) - suite					
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4	Objectif
35. Provision de stabilité	0				0
36. Fonds assuétudes	3.000				3.000
37. Montants de rattrapage hôpitaux	0				0
38. Maisons médicales	24.290				115.607
39. SM/SLA/Huntington	2.003				9.056
40. Patients chroniques extra	0				6.029
41. Trajets de soins	0				0
42. Solidarité chapitre IV hors indication	0				0
43. Fonds d'indemnisation	0				12.310
44. Maladies rares	0				2.071
45. Accord social	1.316				27.137
46. Divers	1.102				24.413
- Diminution financement alternatif					346.132
- Diminution financement alternatif conclave mars 2013					38.745
- Compensation dépenses hors objectif budgétaire					51.448
<b>Total</b>	<b>0</b>				<b>436.325</b>
<b>Total général</b>	<b>6.393.683</b>				<b>26.676.586</b>

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en %

Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	13,4	12,1	8,8	6,3
b) Imagerie médicale	13,9	11,9	8,1	4,3
c) Consultations, visites et avis	4,1	4,4	5,2	3,8
d) Prestations spéciales	9,1	8,0	6,3	4,9
e) Chirurgie	8,6	7,0	5,0	4,1
f) Gynécologie	3,3	3,7	1,6	1,0
g) Surveillance	10,4	8,8	6,9	6,6
h) Forfait accréditation médecins	104,8	250,6	70,6	55,0
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-52,2	0,9	4,1	3,9
k) Contrôle de qualité biologie clinique				-61,7
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	249,8	-16,0	-21,2	-14,4
m) Fonds d'impulsion	57,2	-46,3	-54,2	-35,2
n) Soutien de la pratique médecine générale	0,5	17,5	-50,8	7,4
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
<b>Total médecins</b>	<b>10,0</b>	<b>8,1</b>	<b>6,2</b>	<b>4,4</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,0	3,4	3,4	3,7
b) Forfait accréditation	114,3	116,7	5,9	5,9
<b>Total dentistes</b>	<b>3,0</b>	<b>3,4</b>	<b>3,5</b>	<b>3,7</b>
3. Prestations pharmaceutiques	3,9	2,8	1,0	-0,6
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	7,7	9,2	7,2	6,8
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,5	25,4	15,5	15,5
6. Soins par kinésithérapeutes	3,9	1,1	2,5	3,0
7. Soins par bandagistes	6,2	5,4	5,7	5,5
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	16,3	16,4	14,8	13,8
10. Soins par opticiens	0,2	2,4	2,9	2,1
11. Soins par audiciens	-5,7	-4,0	-0,1	8,0
12. Accouchements par accoucheuses	3,3	6,3	4,9	4,2
13. Prix de la journée d'entretien	4,5	4,1	3,9	4,1
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	13,1	11,8	9,5	8,2
Transport				
<b>Total</b>	<b>4,9</b>	<b>4,4</b>	<b>4,1</b>	<b>4,3</b>
14. Hôpital militaire - prix all-in	-79,3	-50,8	-66,0	-24,0
15. Dialyse				
a) Médecins	7,0	6,6	5,0	3,4
b) Forfait dialyse rénale	8,3	8,2	6,1	4,1
c) À domicile, dans un centre	3,6	4,8	3,0	1,8
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>4,9</b>	<b>3,2</b>

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	5,6	6,7	6,2	5,4
b) Maisons de repos pour personnes âgées	0,7	3,5	4,0	4,4
c) Centres de soins de jour	22,6	20,0	18,7	15,7
d) Harmonisation salariale personnel MRS	8,9	7,9	6,5	6,6
e) Prime syndicale	2,0	6,9	-41,7	-41,7
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-32,5	-40,6	-58,5	-30,5
g) Centres de jour palliatifs				58,1
<b>Total</b>	<b>4,0</b>	<b>5,5</b>	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>
17. Fin de carrière	9,0	10,4	10,9	11,3
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	2,0	-1,1	-3,0	-2,5
b) Initiatives d'habitation protégée	13,7	13,2	11,7	8,6
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	16,6	12,6	8,4	5,4
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	<b>3,1</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	10,5	9,2	9,2	6,8
20. Fond Spécial	-80,6	-71,2	-68,6	-65,9
21. Logopédie	4,2	4,3	4,2	4,2
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,9	4,9	2,9	3,3
24. Régularisations + Refacturation	-16,1	-10,2	-13,4	-14,5
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	-11,4	-7,6	-4,2	-0,5
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>-11,4</b>	<b>-7,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-0,5</b>
26. Patients chroniques	-0,5	6,5	16,3	5,5
27. Soins palliatifs	10,0	6,7	6,1	7,1
28. Soins palliatifs (patient)	11,4	10,0	10,1	10,6
29. Matériel corporel humain	33,6	22,4	21,0	20,7
30. Équipes multidisciplinaires voitures	41,3	44,3	27,0	30,8
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-15,0	-15,1	-4,7	-8,7
b) COMA	12,6	6,1	0,8	-2,8
c) Projets thérapeutiques	-21,6	-23,6	-41,8	-35,3
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,0</b>	<b>-16,6</b>	<b>-16,4</b>

Tableau IV : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2011 - 2012 en % - suite				
Libellé	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
	2011.1	2011.2	2011.3	2011.4
32. Internés	-38,5	163,2	10,3	-5,4
33. Sevrage tabac	4,5	6,7	2,5	2,6
34. Circuit de soins psychiatriques	1,7	-90,4	-93,0	-93,2
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0	0,0	0,0	0,0
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	12,9	10,2	11,2	9,2
39. SM/SLA/Huntington	17,5	14,3	16,2	18,5
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social			-89,7	-51,9
46. Divers	17,9	34,6	-2,5	-61,4
<b>Total général</b>	<b>6,2</b>	<b>5,8</b>	<b>4,7</b>	<b>3,8</b>

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en %				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	-4,5			
b) Imagerie médicale	-7,0			
c) Consultations, visites et avis	4,6			
d) Prestations spéciales	-4,2			
e) Chirurgie	-2,5			
f) Gynécologie	-5,1			
g) Surveillance	0,9			
h) Forfait accréditation médecins	-99,9			
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	-13,6			
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	15,4			
m) Fonds d'impulsion	395,6			
n) Soutien de la pratique médecine générale	9,5			
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
<b>Total médecins</b>	<b>-1,7</b>			
2. a) Honoraires dentaires	3,9			
b) Forfait accréditation	93,3			
<b>Total dentistes</b>	<b>3,9</b>			
3. Prestations pharmaceutiques	-6,9			
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	3,6			
5. Frais spécifiques services soins à domicile	6,4			
6. Soins par kinésithérapeutes	2,2			
7. Soins par bandagistes	4,4			
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	3,0			
10. Soins par opticiens	8,5			
11. Soins par audiciens	13,2			
12. Accouchements par accoucheuses	7,9			
13. Prix de la journée d'entretien	3,8			
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	-0,8			
Transport	-100,0			
<b>Total</b>	<b>3,6</b>			

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	470,8			
15. Dialyse				
a) Médecins	1,4			
b) Forfait dialyse rénale	3,4			
c) À domicile, dans un centre	6,1			
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>3,3</b>			
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	4,0			
b) Maisons de repos pour personnes âgées	5,0			
c) Centres de soins de jour	15,6			
d) Harmonisation salariale personnel MRS	0,8			
e) Prime syndicale	8,0			
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-100,0			
g) Centres de jour palliatifs				
<b>Total</b>	<b>3,5</b>			
17. Fin de carrière	16,4			
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	6,7			
b) Initiatives d'habitation protégée	7,9			
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	11,6			
<b>Total</b>	<b>7,2</b>			
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	5,2			
20. Fond Spécial	-69,9			
21. Logopédie	7,0			
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	5,3			
24. Régularisations + Refacturation	-10,6			
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	0,1			
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>0,1</b>			
26. Patients chroniques	7,7			
27. Soins palliatifs	-1,9			

Tableau V : Dépenses trimestrielles cumulées - Evolution 2012 - 2013 en % - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
	2012.1	2012.2	2012.3	2012.4
28. Soins palliatifs (patient)	7,0			
29. Matériel corporel humain	16,6			
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	1,8			
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	11,1			
b) COMA	-26,1			
c) Projets thérapeutiques	7,6			
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-4,3</b>			
32. Internés	181,0			
33. Sevrage tabac	-0,4			
34. Circuit de soins psychiatriques	-100,0			
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,0			
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	10,3			
39. SM/SLA/Huntington	21,1			
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social				
46. Divers	-28,4			
<b>Total général</b>	<b>0,5</b>			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique				
b) Imagerie médicale				
c) Consultations, visites et avis				
d) Prestations spéciales				
e) Chirurgie				
f) Gynécologie				
g) Surveillance				
h) Forfait accréditation médecins				
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique				
k) Contrôle de qualité biologie clinique				
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)				
m) Fonds d'impulsion				
n) Soutien de la pratique médecine générale				
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
<b>Total médecins</b>	<b>24,6</b>			
2. a) Honoraires dentaires	25,6			
b) Forfait accréditation	0,2			
<b>Total dentistes</b>	<b>25,2</b>			
3. Prestations pharmaceutiques	24,9			
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	23,3			
5. Frais spécifiques services soins à domicile	48,9			
6. Soins par kinésithérapeutes	25,8			
7. Soins par bandagistes	22,5			
8. Soins par orthopédistes				
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	23,5			
10. Soins par opticiens	21,9			
11. Soins par audiciens	22,2			
12. Accouchements par accoucheuses	24,3			
13. Prix de la journée d'entretien	24,0			
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	22,4			
Transport	0,0			
<b>Total</b>	<b>23,9</b>			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013 - suite				
Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
14. Hôpital militaire - prix all-in	33,3			
15. Dialyse				
a) Médecins	24,6			
b) Forfait dialyse rénale	23,5			
c) À domicile, dans un centre	23,4			
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>23,9</b>			
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins				
b) Maisons de repos pour personnes âgées				
c) Centres de soins de jour				
d) Harmonisation salariale personnel MRS				
e) Prime syndicale				
f) Renouvellements de soins (art. 56)				
g) Centres de jour palliatifs				
<b>Total</b>	<b>24,7</b>			
17. Fin de carrière	33,6			
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	23,2			
b) Initiatives d'habitation protégée	25,7			
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	21,6			
<b>Total</b>	<b>23,9</b>			
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	21,6			
20. Fond Spécial	2,2			
21. Logopédie	26,1			
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	25,8			
24. Régularisations + Refacturation	32,3			
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	29,8			
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>29,8</b>			
26. Patients chroniques	22,5			
27. Soins palliatifs	28,8			
28. Soins palliatifs (patient)	18,8			
29. Matériel corporel humain	25,7			

Tableau VI : Quote-part des dépenses trimestrielles cumulées de 2013 dans l'objectif 2013 - suite

Libellé	2013.1	2013.2	2013.3	2013.4
30. Équipes multidisciplinaires voiturettes	20,5			
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	36,5			
b) COMA	17,8			
c) Projets thérapeutiques	2,3			
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>5,8</b>			
32. Internés	32,6			
33. Sevrage tabac	18,9			
34. Circuit de soins psychiatriques				
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	100,0			
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	21,0			
39. SM/SLA/Huntington	22,1			
40. Patients chroniques extra	0,0			
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation	0,0			
44. Maladies rares	0,0			
45. Accord social	4,8			
46. Divers	4,5			
<b>Total général</b>	<b>24,0</b>			

**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs**

Libellé	Jun 2012 (1)	Septembre 2012 (2)	Décembre 2012 (3)	Mars 2013 (4)
1. Honoraires médicaux				
a) Biologie clinique	9,72	8,77	6,27	1,76
b) Imagerie médicale	10,74	8,73	4,28	-0,87
c) Consultations, visites et avis	4,87	6,57	3,82	3,96
d) Prestations spéciales	5,73	5,41	4,92	1,52
e) Chirurgie	4,89	4,44	4,12	1,26
f) Gynécologie	3,67	1,61	1,00	-1,10
g) Surveillance	5,95	5,76	6,57	4,11
h) Forfait accréditation médecins	29,13	17,82	55,00	-28,70
i) Forfait dossier médical				
j) Forfait télématique	3,38	4,54	3,89	4,23
k) Contrôle de qualité biologie clinique			-61,70	-61,70
l) Honoraires de disponibilité (médecins généralistes + spécialistes)	33,03	-10,67	-14,40	-24,68
m) Fonds d'impulsion	-22,91	-52,80	-35,21	36,13
n) Soutien de la pratique médecine générale	45,35	30,27	7,42	7,67
o) Tests ADN effectués à l'étranger				
<b>Total médecins</b>	<b>7,22</b>	<b>6,62</b>	<b>4,45</b>	<b>1,49</b>
2. a) Honoraires dentaires	3,11	3,39	3,71	3,94
b) Forfait accréditation	13,38	5,95	5,94	5,98
<b>Total dentistes</b>	<b>3,27</b>	<b>3,44</b>	<b>3,74</b>	<b>3,98</b>
3. Prestations pharmaceutiques	2,80	1,34	-0,64	-3,36
4. Honoraires des praticiens de l'art infirmier	8,62	7,01	6,77	5,75
5. Frais spécifiques services soins à domicile	16,56	15,12	15,48	15,20
6. Soins par kinésithérapeutes	2,50	2,84	2,99	2,55
7. Soins par bandagistes	8,54	7,61	6,93	4,70
8. Soins par orthopédistes	2,58	4,47	4,43	5,38
9. Implants + défibrillateurs cardiaques implantables	11,43	13,04	13,78	10,17
10. Soins par opticiens	2,54	3,48	2,14	4,50
11. Soins par audiciens	0,18	1,21	8,01	12,82
12. Accouchements par accoucheuses	6,57	4,65	4,17	5,34
13. Prix de la journée d'entretien	5,18	4,23	4,12	3,95
Prix de la journée d'entretien dans l'hôpital général	10,21	8,68	8,24	4,76
Transport				
<b>Total</b>	<b>5,39</b>	<b>4,41</b>	<b>4,30</b>	<b>3,98</b>

(1) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)  
(2) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)  
(3) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)  
(4) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)

Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite

Libellé	Juin 2012 (1)	Septembre 2012 (2)	Décembre 2012 (3)	Mars 2013 (4)
14. Hôpital militaire - prix all-in	-30,40	-51,33	-24,01	23,16
15. Dialyse				
a) Médecins	5,89	4,26	3,43	2,05
b) Forfait dialyse rénale	8,46	5,80	4,10	2,92
c) À domicile, dans un centre	4,89	1,41	1,77	2,42
d) Dialyse de nuit				
<b>Total dialyse</b>	<b>6,51</b>	<b>4,01</b>	<b>3,21</b>	<b>2,46</b>
16. MRS/MRPA/Centres de soins de jours				
a) Maisons de repos et de soins	10,74	8,00	5,44	5,02
b) Maisons de repos pour personnes âgées	2,38	2,75	4,37	5,48
c) Centres de soins de jour	21,70	21,21	15,66	14,14
d) Harmonisation salariale personnel MRS	6,83	5,84	6,62	4,36
e) Prime syndicale	90,30	-41,70	-41,70	-37,95
f) Renouvellements de soins (art. 56)	-47,83	-40,99	-30,54	-49,71
g) Centres de jour palliatifs	-48,89		58,12	58,12
<b>Total</b>	<b>6,74</b>	<b>5,54</b>	<b>4,98</b>	<b>4,83</b>
17. Fin de carrière	10,94	11,01	11,28	13,97
18. Soins de santé mentale				
a) Maisons de soins psychiatriques	4,27	-1,31	-2,52	-1,35
b) Initiatives d'habitation protégée	12,22	12,57	8,61	7,23
c) Forfait pour journée d'entretien dans l'hôpital psychiatrique	12,88	9,92	5,44	4,56
<b>Total</b>	<b>6,65</b>	<b>2,73</b>	<b>0,76</b>	<b>1,22</b>
19. Rééducation fonctionnelle et professionnelle	7,52	8,62	6,77	5,54
20. Fond Spécial	-68,42	-71,83	-65,92	-56,34
21. Logopédie	4,86	4,25	4,21	4,97
22. Centres médicaux-pédiatriques				
23. Autres frais de séjour et frais de déplacement	3,81	0,57	3,28	3,66
24. Régularisations + Refacturation	-18,07	-19,16	-14,51	-12,42
25. Du maximum à facturer				
a) MAF social	1,18	-1,89	-0,50	4,03
b) MAF fiscal				
<b>Total maximum à facturer</b>	<b>1,18</b>	<b>-1,89</b>	<b>-0,50</b>	<b>4,03</b>

(1) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)  
(2) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)  
(3) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)  
(4) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)

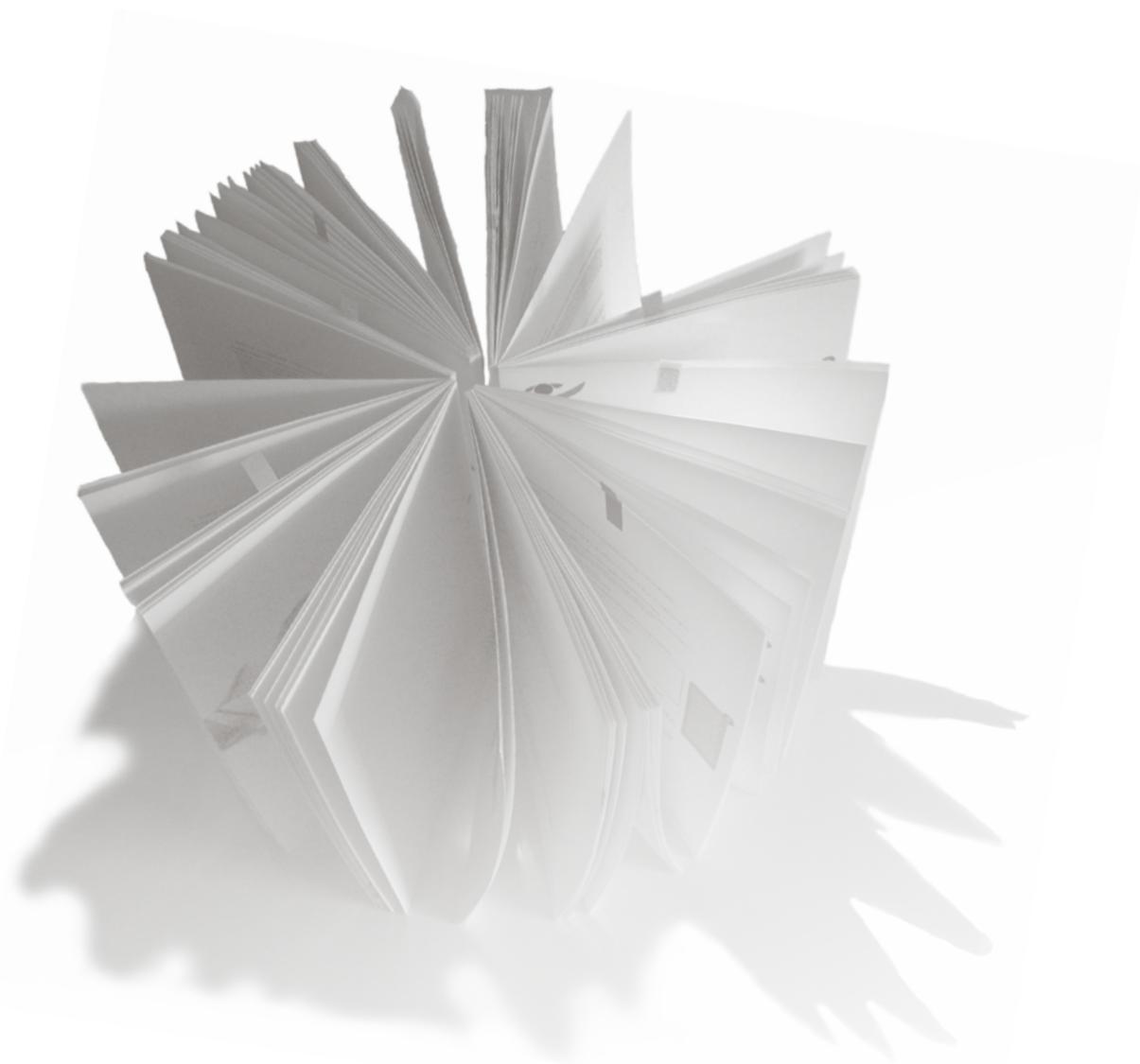
**Tableau VII : Evolution des dépenses comptabilisées pendant les 12 derniers mois par rapport aux 12 mois antérieurs - suite**

<b>Libellé</b>	<b>Juin 2012 (1)</b>	<b>Septembre 2012 (2)</b>	<b>Décembre 2012 (3)</b>	<b>Mars 2013 (4)</b>
26. Patients chroniques	3,23	11,33	5,49	7,47
27. Soins palliatifs	9,24	8,89	7,10	3,22
28. Soins palliatifs (patient)	6,92	9,15	10,57	9,37
29. Matériel corporel humain	11,26	22,33	20,73	16,99
30. Equipes multidisciplinaires voiturettes	25,05	20,68	30,84	20,17
31. Soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne				
a) SISD	-7,75	-5,83	-8,68	-1,04
b) COMA	6,40	3,50	-2,80	-12,43
c) Projets thérapeutiques	-23,63	-38,96	-35,32	-29,88
<b>Total soutien aux soins multidisciplinaires, première ligne</b>	<b>-9,56</b>	<b>-15,68</b>	<b>-16,36</b>	<b>-15,46</b>
32. Internés	42,44	-0,58	-5,39	28,51
33. Sevrage tabac	12,91	4,92	2,63	1,30
34. Circuit de soins psychiatriques	-57,75	-89,74	-93,24	-96,56
35. Provision de stabilité				
36. Fonds assuétudes	0,00	0,00	0,00	0,00
37. Montants de rattrapage hôpitaux				
38. Maisons médicales	16,50	14,24	9,18	8,65
39. SM/SLA/Huntington	16,43	16,01	18,45	19,32
40. Patients chroniques extra				
41. Trajets de soins				
42. Solidarité chapitre IV hors indication				
43. Fonds d'indemnisation				
44. Maladies rares				
45. Accord social		37,31	-51,94	-44,66
46. Divers	-4,76	-18,33	-61,44	-67,52
<b>Total général</b>	<b>5,93</b>	<b>4,95</b>	<b>3,77</b>	<b>2,32</b>

(1) Juin 2012 = (6 premiers mois 2012 + 6 derniers mois 2011) / (6 premiers mois 2011 + 6 derniers mois 2010)  
(2) Septembre 2012 = (9 premiers mois 2012 + 3 derniers mois 2011) / (9 premiers mois 2011 + 3 derniers mois 2010)  
(3) Décembre 2012 = (12 mois 2012) / (12 mois 2011)  
(4) Mars 2013 = (3 premiers mois 2013 + 9 derniers mois 2012) / (3 premiers mois 2012 + 9 derniers mois 2011)

# 7<sup>e</sup> Partie

## Bibliographie



## I. Les soins de santé : bien plus que de la médecine<sup>1</sup>

Auteur : G. Messiaen

Montaigne a dit : “je suis moi-même la matière de mon livre”. Avec ce livre, Geert Messiaen clôture sa trilogie.

La santé est le trésor le plus précieux de la vie. S’inspirant de son expérience au quotidien, de ses préoccupations et de sa solidarité vraie et indéfectible, Geert Messiaen prête une attention particulière aux soins de santé sous différents aspects. Ses idées sont mûrement réfléchies et ses propositions méritent toute notre attention.

Cet ouvrage poursuit le travail entamé dans les opus précédents intitulés “La santé n’est pas une marchandise” (2009; traduit en français) et “Uitdagingen van de ziekenfondsen in de eenentwintigste eeuw” (2012), qui exposent clairement que la santé est vitale pour vivre. Joignant les actes aux paroles, Geert Messiaen défend le système de sécurité sociale belge avec une ferme conviction, même dans le contexte européen de demain et parfois en dépit de certaines lacunes.

(Traduction)

## II. European Yearbook of Disability Law<sup>2</sup> Volume 4

Auteurs : L. Waddington, G. Quinn et E. Flynn

Le European Yearbook of Disability Law fait partie du programme de recherche en cours qui a été initié par le “Maastricht Centre for Human Rights” de l’Université de Maastricht et le “Centre for Disability Law and Policy” de l’Université nationale de Galway, Irlande. Cet ouvrage recense les développements significatifs intervenus au niveau européen en ce qui concerne la loi et la politique en matière d’invalidité.

L’ouvrage contient une série d’articles sur d’actuels défis et développements, rédigé par des analystes expérimentés et académiciens de terrain. Le but est de porter un regard critique sur l’évolution de la loi et de la politique en matière d’invalidité en Europe et d’analyser des défis pressants dans une grande variété de domaines.

L’essentiel de l’ouvrage consiste à passer en revue les événements significatifs de l’année antérieure ainsi que les développements législatifs et politiques au sein des institutions de l’Union européenne.

1. Geert Messiaen & Garant-Uitgevers n.v. Somersstraat 13-15, B-2018 Antwerpen – E-mail : [info@garant.be](mailto:info@garant.be) – Website : [www.garant-uitgevers.be](http://www.garant-uitgevers.be) – ISBN n° 978-90-441-3048-5.

2. Intersentia nv, Groenstraat 31, 2640 Mortsel – Tél. : +32 3 680 15 50 - Fax. : +32 3 658 71 21 – E-mail : [mail@intersentia.be](mailto:mail@intersentia.be) – [www.intersentia.be](http://www.intersentia.be) – ISBN 978-1-78068-169-6- xviii + 578 pp. reliées - Prix : 89,00 EUR.

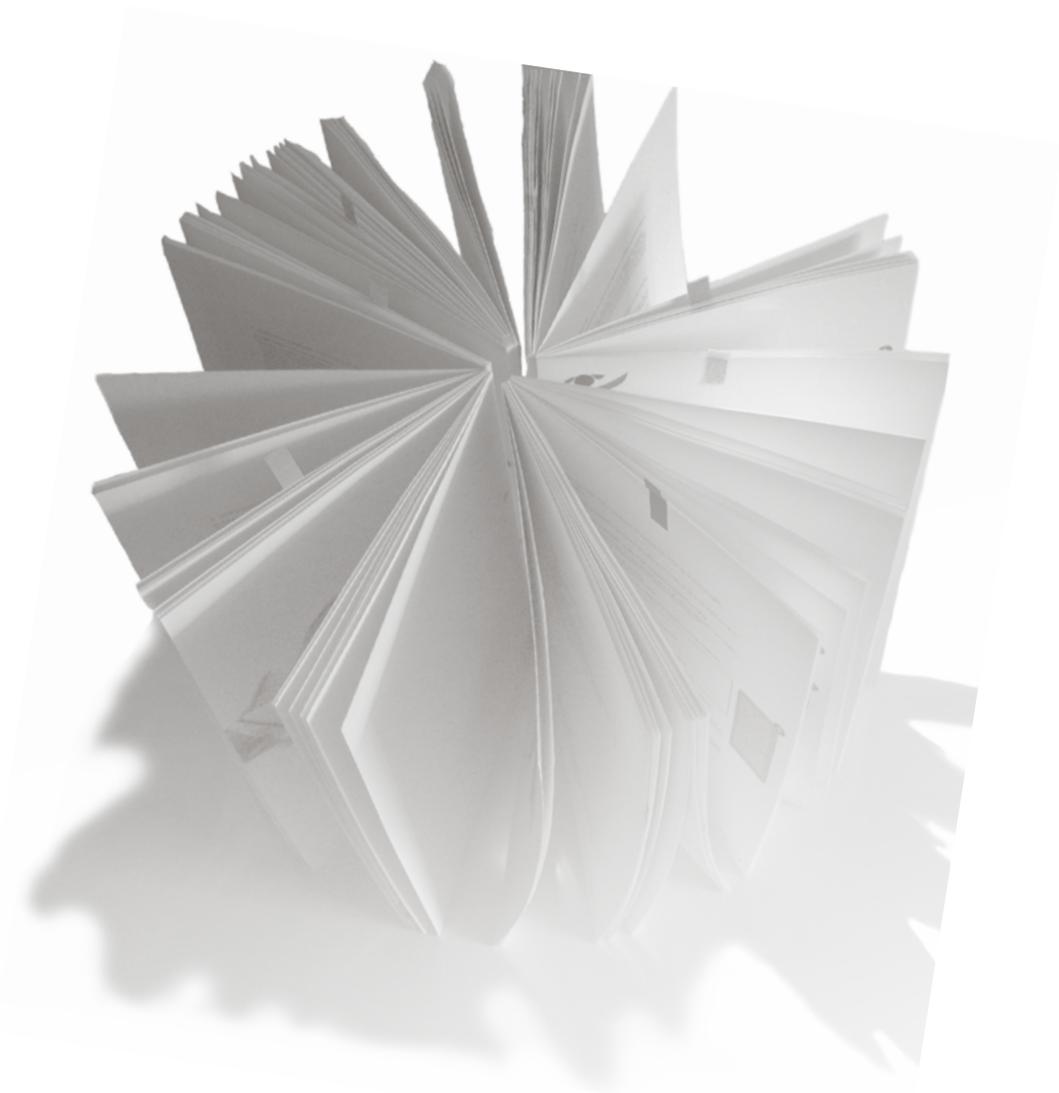
L'ouvrage analyse d'importants développements intervenus en matière de politique UE, des études et autres publications, des propositions législatives et la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne et de la Cour européenne des droits de l'homme.

(Traduction)



# 8<sup>e</sup> Partie

## Prix des publications



# Publications de l'INAMI et tarifs pour 2014 (en EUR)

## 1. Bulletin d'information INAMI

Revue: paraît 4 fois par an ..... 32,00



Le bulletin d'information est aussi disponible sur le site Internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

## 2. Textes coordonnés SSI

L'ensemble des textes coordonnés est disponible sur un CD-Rom ..... 5,00  
À chaque mise à jour, une nouvelle version adaptée est disponible ..... 5,00

### a. Loi coordonnée du 14 juillet 1994

Mises à jour 2014 ..... 25,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 52,00

### b. Arrêté royal du 3 juillet 1996

Mises à jour 2014 ..... 5,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 22,00

### c. Indemnités (règlement et arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 ..... 12,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 14,00

### d. Prestations de santé (règlement)

Mises à jour 2014 ..... 6,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables .. 18,00

### e. Prestations de santé (arrêtés d'exécution)

Mises à jour 2014 ..... 13,00  
Texte de base<sup>1</sup> + mises à jour 2014 ..... Feuilles interchangeables ... 58,00

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

#### f. Divers arrêtés royaux (e.a. indemnités indépendants, contrôle, contentieux)

Mises à jour 2014 .....	6,00
Texte de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable ... 12,00

#### g. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de a à f inclus)

Textes de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable . 168,00
Mises à jour 2014 .....	52,00

#### h. Ensemble des textes SSI coordonnés précités (de c à e inclus)

Textes de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable ... 87,00
Mises à jour 2014 .....	28,00



Une base de données de réglementation (Docleg) est également consultable sur le site internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique Voulez-vous en savoir plus ? > Réglementation.

Sous la même rubrique, un certain nombre de textes réglementaires sont également disponibles au format PDF :

- loi coordonnée du 14 juillet 1994
- arrêté royal du 3 juillet 1996
- règlement des soins de santé du 28 juillet 2003 et arrêtés d'exécution
- règlement des indemnités du 16 avril 1997 et arrêtés d'exécution.

### 3. Nomenclature des prestations de santé

#### a. Texte de la nomenclature

Texte de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable .. 68,00
Mises à jour 2014 .....	45,00

#### b. Règles interprétatives de la nomenclature

Texte de base <sup>1</sup> + mises à jour 2014 .....	Feuilles interchangeable .. 49,00
Mises à jour 2014 .....	8,00



Le texte de la nomenclature et les règles interprétatives sont aussi disponibles sur le site Internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://www.inami.be), accès à partir de la page d'accueil du site.

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.

## 4. Information technique

### Circulaires aux organismes assureurs

Circulaires par lesquelles l'INAMI communique ses instructions aux O.A.

La feuille .....	0,12
Abonnement <sup>2</sup> .....	Provision de ..... 50,00
Index 1964-2012.....	CD-Rom ..... 6,00

## 5. Rapport annuel, brochures, dépliants, livres

a. Rapport annuel INAMI, disponible uniquement via le site internet de l'INAMI (version imprimable)

b. L'INAMI sous la loupe - Rôle, partenaires et ambition

Brochure ..... gratuit

c. L'INAMI - Comment, pourquoi, pour qui ?

Dépliant ..... gratuit

d. Fonds spécial de solidarité

Dépliant, selon disponibilité ..... gratuit

e. Répertoire des Unions nationales de mutualités et des Mutualités de Belgique (assurance obligatoire SSI)

Seulement à consulter sur le site internet de l'INAMI, rubrique Citoyen > Mutualités > Contactez les mutualités.

f. Liste des offices de tarification agréés ..... gratuit

g. L'évolution de l'assurance maladie-invalidité obligatoire (1945-1970)

Livre de J. Engels (449 pp.) ..... 12,50



Les publications reprises au point 5 (a à e) sont disponibles sur le site Internet de l'INAMI : [www.inami.be](http://www.inami.be), rubrique L'INAMI > Publications de l'INAMI.

1. Pour les nouveaux abonnés. Par texte de base, il faut entendre une version actualisée de la publication précitée, mise à jour au moment de la commande. L'abonné a toujours la possibilité de commander le texte de base initial et toutes les mises à jour séparément. Il doit clairement définir son choix lors de la commande.  
2. Le prix exact de l'abonnement sera déterminé lors de la parution de la dernière circulaire de l'année 2014.

 Pour obtenir des renseignements ou retirer les publications suivantes, veuillez vous adresser à :

<b>Publication</b>	<b>Contact</b>
1, 2, 3, 4	Service abonnements tél. 02/739 72 32, e-mail : <a href="mailto:abonnee@inami.fgov.be">abonnee@inami.fgov.be</a>
5.a, b et c	Cellule communication tél. 02/739 72 10, e-mail : <a href="mailto:communication@inami.fgov.be">communication@inami.fgov.be</a>
5.d	Service des soins de santé tél. 02/739 77 77, e-mail : <a href="mailto:fonds-solidarite@inami.fgov.be">fonds-solidarite@inami.fgov.be</a>
5.f	Service des soins de santé tél. 02/739 77 30, fax 02/739 77 11, e-mail : <a href="mailto:daniel.vandenbergh@inami.fgov.be">daniel.vandenbergh@inami.fgov.be</a>
5.g	Service de documentation tél. 02/739 70 91, e-mail : <a href="mailto:bib@inami.fgov.be">bib@inami.fgov.be</a>

 Les publications payantes peuvent être obtenues contre virement au CCP: IBAN : BE 84 6790 2621 5359 - BIC : PCHQ BEBB de l'INAMI, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles, en indiquant en communication la publication souhaitée.

#### Comité de rédaction

M. Guy Lombaerts  
M. Luc Maroy  
M. Paul-André Briffeuil  
Mme Isabelle Daumerie  
Mme Nancy De Marneffe  
Mme Christel Heymans  
Mme Linda Maesen  
Mme Caroline Lekane  
Mme Sarah Stevens  
Mme Kathleen Hove  
M. Cédric Stassin  
Mme Sylvie Willemsens

Les articles sont publiés sous la responsabilité des auteurs

#### Service des abonnements

4 numéros par an - 32 EUR  
IBAN : BE 84 6790 2621 5359  
Tél. 02/739 72 32  
Fax 02/739 72 91  
E-mail : [abonnee@inami.fgov.be](mailto:abonnee@inami.fgov.be)

Beschikbaar in het Nederlands

ISSN 0046-9726