



Mémorandum



Mémorandum politique de l'ABSyM pour les élections 2024

Février 2024



Table des matières

Introduction	4
À propos de l'ABSyM.....	6
Résultats des élections.....	7
Un plan en 12 points.....	8
1. Le MG mandataire et co-pilote du patient.....	9
2. Réduire les réglementations et garantir la co-gouvernance	10
3. Tout ou rien pour la réforme de la nomenclature	11
4. De l'attention pour les spécialistes extra-muros.....	12
5. Une rémunération correcte pour la permanence des médecins spécialistes	13
6. Centraliser les soins, uniquement dans l'intérêt du patient	15
7. Tarif avantageux pour les patients réellement dans le besoin.....	16
8. Les connaissances médicales doivent primer, les guidelines les soutenir	18
9. Vie privée et utilisation correcte des données de patients	19
10. Inflation et norme de croissance.....	20
11. Non à plus d'autorités	21
12. Affiner la planification de l'offre médicale.....	23



Introduction

La satisfaction de la population belge à l'égard de nos soins de santé était légendaire, mais au cours de la législature actuelle, le déclin s'est amorcé. Le prochain gouvernement devra faire tout ce qui est en son pouvoir pour éviter de sombrer dans des situations telles que celle du NHS britannique, avec de longues listes d'attente et un accès défaillant aux soins.

Les défis auxquels nous sommes confrontés sont connus : une pauvreté croissante, une crise Covid qui a épuisé tout le monde, une dépendance croissante à l'égard des médicaments, au sens propre comme au sens figuré, le vieillissement de la population, les coûts élevés de l'innovation et de la technologie, trop peu de bras au chevet du patient.

Cela fait plus de 60 ans que le système de soins de santé en Belgique repose sur des accords tarifaires conclus entre les prestataires de soins et les mutualités. Le gouvernement, en tant qu'organe de surveillance, contrôle l'accessibilité et le caractère abordable du système. La solidité de ce système a fait ses preuves. Ces dernières années, le gouvernement a tenté de diriger et de dominer de plus en plus la prise de décision afin de modeler les soins de santé belges sur le système britannique NHS. L'accent est mis sur des budgets stricts, tandis que de plus

en plus de tâches sont retirées aux médecins. Le résultat n'est en aucun cas une amélioration des soins ou de la qualité, bien que ce changement soit illusoirement vendu à l'opinion publique comme une amélioration de la qualité.

L'apport de la législature actuelle a été 'plus' de gouvernement, 'plus' d'administration, 'plus' de réglementation, 'plus' d'enregistrement, 'plus' de commissions de groupes de travail, 'plus' de centralisation, 'plus' de gestion, 'plus' de soins dirigés par le gouvernement et l'introduction d'un vocabulaire que seuls les gestionnaires comprennent. Tout cela se fait au détriment du temps de contact des médecins et des infirmiers avec les patients. Contrairement à ce que l'on veut faire croire au public, **rien ne prouve que** les soins soient devenus plus qualitatifs au cours de la législature actuelle. Au contraire.



Jusqu'à récemment, le système belge de santé était loué pour sa grande accessibilité et disponibilité des médecins et pour la haute qualité de ses soins. Dans le dernier rapport de l'OCDE 'Health at a Glance 2022'¹, la Belgique obtient toujours un score élevé de 90 % de satisfaction de la population pour l'accès et la qualité des soins. Mais ce chiffre se réfère à l'année 2020, nous sommes déjà quatre ans plus tard.

Des chiffres plus récents du "Gemeente-Stadsmonitor"², publiés par le gouvernement flamand en janvier 2024, indiquent que la satisfaction légendaire à l'égard de l'offre de soins de santé locaux (médecins généralistes, hôpitaux, ...) a chuté de manière spectaculaire en un court laps de temps.

Les causes sont, d'une part, la réforme des hôpitaux initiée par le ministre Vandembroucke, qui a pour conséquence que les hôpitaux locaux doivent renvoyer les patients vers des institutions plus grandes pour certains traitements.

D'autre part, il y a la 'pénurie' de médecins généralistes qui se fait de plus en plus sentir tant à la campagne que dans les villes. Les médecins généralistes sont plus nombreux qu'auparavant, mais ils peuvent consacrer moins d'heures aux soins des patients. Cette situation entraîne une forte diminution de la joie au travail et de la satisfaction professionnelle des généralistes. Le meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée recherché par la jeune génération de médecins devient donc ainsi difficile à trouver.

¹ https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_8a51dfdd-fr#page1

² <https://gemeente-stadsmonitor.vlaanderen.be/>



À propos de l'ABSyM

Le libre choix du médecin, la liberté thérapeutique et la protection du secret médical sont les atouts historiques de notre système de soins de santé. Ces trois valeurs universelles sont plus que jamais d'actualité et il est important que le gouvernement continue à soutenir et à garantir ces principes. Cela nécessitera un renversement de politique car en une législature, on a presque réussi à démanteler ces trois principes essentiels de la médecine.



Résultats

Élections 2023



31%

médecins actifs



56,80%

votes exprimés



11.872

voix

La représentativité de l'ABSyM est déterminée par le résultat des élections médicales. Lors des élections médicales (non obligatoires) de juin 2023, l'ABSyM a obtenu 11.872 des 20.903 voix exprimées, soit 56,80% des voix. Sachant qu'il y a 38.119 médecins actifs en Belgique, cela représente 31% de l'ensemble des médecins actifs. Près de 12.000 médecins qui soignent leurs patients jour après jour et qui savent ce qu'il faut faire pour maintenir le niveau actuel des soins.

L'ABSyM a été fondée en 1963 pour défendre les intérêts des médecins. Elle défend une médecine accessible et orientée vers le patient. C'est pourquoi, lors de notre création, nous avons inscrit dans notre charte trois valeurs universelles visant à protéger le patient :

- le droit individuel du patient à choisir son médecin ;
- la liberté du médecin d'affecter les moyens nécessaires, de façon responsable, pour arriver à un diagnostic et un traitement ;
- le respect du secret médical.

Pour l'ABSyM, il reste nécessaire de veiller à ce que les droits des patients individuels – et cela peut être chacun d'entre nous - soient sauvegardés et ne soient pas absorbés par la médecine populationnelle comme une fin en soi. Chaque patient est différent et mérite une approche personnalisée adaptée à ses besoins.

L'ABSyM continue de considérer le médecin comme un praticien passionné d'une profession libérale avec un sens aigu de l'éthique. Nous sommes convaincus que le maintien d'une médecine libérale offre la meilleure garantie de soins accessibles et de haute qualité à tous.



Dans cette perspective, l'ABSyM propose aux futurs partis au pouvoir un plan en 12 points à inclure dans le prochain accord gouvernemental.



Élections mémorandum

UN PLAN EN 12 POINTS

Février 2024

1 Le MG mandataire et co-pilote du patient

Le médecin généraliste doit continuer à occuper une position centrale dans le réseau de soins. Selon nous, le généraliste reste responsable de l'élaboration du processus décisionnel, tant diagnostique que thérapeutique. Pour pouvoir travailler efficacement, le numéro d'appel central 1733, nécessaire au triage des patients, devrait être opérationnel dès que possible dans tout le pays.

Sous prétexte d'une plus grande accessibilité de la première ligne, le médecin généraliste est mis à l'écart et réduit à un rôle d'émetteur de prescriptions, de certificats et de téléphoniste. Le médecin généraliste devrait être déchargé administrativement, entouré d'un personnel de santé compétent et doté d'une mission claire en tant que mandataire du patient. **La surcharge administrative** du médecin est trop souvent détournée pour transférer des tâches au personnel paramédical. Ce n'est pas la bonne approche.

Bien que l'expertise d'autres professionnels de la santé puisse enrichir les considérations du médecin généraliste, l'ABSyM estime que **le médecin généraliste doit conserver la position centrale dans le réseau de soins de première ligne**. Le généraliste guide le processus de prise de décision, à la fois diagnostique et thérapeutique. Cela implique bien sûr que des tâches doivent pouvoir être déléguées à d'autres acteurs des soins de santé, mais toujours avec le médecin généraliste ou le médecin traitant en tant que détenteur du mandat de la prescription de soins.

Au sein du système de soins de santé, ce sont les organisations de médecins généralistes qui possèdent le savoir-faire nécessaire pour organiser et lancer la médecine préventive au niveau populationnel. Le gouvernement devrait faciliter cette tâche. Il est frappant de constater que l'on prêche l'efficacité des soins aux médecins, mais que le gouvernement ne tient pas compte des principes de l'efficacité des soins dans les initiatives qu'il prend lui-même en matière de santé, comme le montrent par exemple les projets pilotes de soins intégrés.

Le **numéro d'appel central 1733**, nécessaire pour le triage des patients, devrait être opérationnel dans tout le pays dès que possible, et certainement pendant la 'nuit profonde'. Les généralistes ont également droit à une rémunération adéquate de leurs prestations et de leur présence dans les postes de garde. Ces derniers ont, à leur tour, besoin d'un avenir financier qui soit stable.

2 Réduire les réglementations et garantir la co-gouvernance

Les hôpitaux sont accablés par une dérive réglementaire effrénée, avec des exigences d'enregistrement, des normes et des réglementations souvent inutiles. En réduisant ces réglementations, nous mettons plus de bras au chevet des patients, avec plus de temps pour prodiguer des soins de qualité. Les patients n'en sont que mieux lorsque les médecins participent à la gestion de l'hôpital par le biais d'un système de co-gouvernance.

Le cadre réglementaire dans lequel les hôpitaux doivent fonctionner est étouffant : normes, enregistrements, réglementations. Tout cela doit se faire dans le cadre d'un budget limité. Inévitablement, cela entraîne un glissement vers une main d'œuvre au chevet du patient vers une main d'œuvre remplissant des formulaires à un bureau. Au lieu de diminuer, ces obligations augmentent. L'explication selon laquelle tout cela doit venir d'Europe ne suffit pas : l'interprétation belge des réglementations européennes est beaucoup plus stricte qu'à l'étranger.

Les hôpitaux fusionnent en entités plus grandes et des couches intermédiaires entre la direction et les médecins/infirmiers apparaissent. L'élimination des obligations réglementaires et des enregistrements très coûteux (qui ne servent souvent à rien) constituerait un important apport d'oxygène. Il arrive que l'on passe plus de temps à se réunir qu'à soigner les gens.

La co-gouvernance dans les hôpitaux est la meilleure garantie de soins de qualité dans l'intérêt des patients. Les hôpitaux fonctionnent mieux lorsque les médecins sont impliqués stratégiquement et opérationnellement dans la gestion de leur hôpital et peuvent participer activement aux décisions prises. Mais il reste encore du travail à faire pour parvenir à une véritable co-gouvernance.

Dans l'intérêt des patients, le prochain gouvernement doit veiller à ce que la co-gouvernance étende le droit consultatif à un droit de codécision des médecins pour toutes les activités médicales à l'hôpital.

3 Tout ou rien pour la réforme de la nomenclature

La réforme de la nomenclature conduira finalement à une révision et à une redistribution des honoraires. Ce projet n'a des chances d'aboutir que si la réforme concerne l'ensemble de la nomenclature et si les modifications s'opèrent toutes en même temps.



La réforme de la nomenclature est un projet qui s'étale sur plusieurs années et qui se décline en trois phases. On détermine pour les différentes prestations, discipline par discipline, le temps qu'elles prennent ainsi que le risque médical et l'expertise nécessaire. Parallèlement, cette phase comporte également l'évaluation des frais de fonctionnement nécessaires aux actes médicaux.

La réforme conduira finalement, dans la phase 3, à une révision globale et une redistribution des honoraires fixés par l'INAMI. Une redistribution ne peut avoir lieu qu'entre toutes les prestations, et non entre une partie d'entre elles. En l'absence d'un accord sur la totalité, rien ne pourra être modifié. **La réforme de la nomenclature ne peut pas se transformer en une opération d'économies.**

La réforme de la nomenclature ne peut être considérée indépendamment du débat sur les suppléments qui financent en partie les hôpitaux. Nos soins de santé fonctionnent comme une horloge. Vous avez besoin du plus petit rouage, sinon, c'est l'ensemble qui bloque.

4 De l'attention pour les spécialistes extra-muros

Les 9 000 spécialistes extra-muros de notre pays se sentent balayés par cette politique. C'est non seulement contre-productif, mais cela va également à l'encontre des principes de la médecine fondée sur des données probantes. Les spécialistes extra-muros méritent les mêmes opportunités que leurs collègues qui travaillent à l'hôpital ou en polyclinique.

En médecine spécialisée, tout tourne autour de la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. Les fédérations hospitalières freinent autant que possible le transfert d'activités hospitalières vers le secteur extra-muros. Cela signifie que des activités qui auraient pu être réalisées à l'extérieur de l'hôpital - et donc moins coûteuses - restent au sein de l'hôpital. L'activité des spécialistes extra-muros pourrait représenter un tiers de l'activité totale des spécialistes, mais la réalité est différente.

Prenons l'exemple des ophtalmologues. Ils ont démontré qu'ils pouvaient opérer des cataractes en toute sécurité en dehors de l'hôpital. La question est alors de savoir pourquoi cette intervention ne peut être remboursée en dehors de l'hôpital que si le patient a une assurance privée complémentaire. Cela revient à **ignorer** le principe d'Evidence Based Medicine.

Et il en va de même aussi pour les dermatologues, les chirurgiens maxillo-faciaux, les ORL, les gynécologues, les urologues, les spécialistes en médecine physique, les gastro-entérologues, les chirurgiens orthopédistes et plasticiens. Les 9.000 spécialistes extra-hospitaliers qui exercent dans notre pays ont droit au même 'level playing field' et méritent **les mêmes chances que leurs collègues à l'hôpital ou en polyclinique.**



5

Une rémunération correcte pour la permanence des médecins spécialistes

Les médecins spécialistes ont droit à une rémunération adéquate pour les prestations qu'ils réalisent en soirée, la nuit et le week-end.

Pour établir correctement des diagnostics importants tels que le cancer et commencer rapidement le traitement, les médecins spécialistes mettent leurs services et leurs appareils à disposition le soir et les week-ends. Cela entraîne une augmentation des frais de personnel.

Ces coûts supplémentaires doivent être remboursés et la garde de nuit doit également être rémunérée de manière adéquate. Pour un nombre croissant de spécialités médicales, on s'attend à ce que le service de garde soit assuré 24 h/24. Pour toutes les professions exercées pendant la journée lorsqu'elles sont exercées la nuit, elles donnent droit à une indemnité de nuit. Aussi pour les médecins.





6 Centraliser les soins, uniquement dans l'intérêt du patient

Centraliser les soins doit toujours se faire dans l'intérêt du patient, et non dans celui des hôpitaux universitaires et des grands centres. Pour chaque opération de centralisation, il est nécessaire de faire une analyse coûts/bénéfices et d'évaluer l'impact sur l'organisation des soins.

Il a fallu des années de préparation pour arriver à une définition des missions de soins locorégionales et suprarégionales. L'encre de cette loi n'est pas encore sèche qu'une nouvelle vague de glissements a déjà eu lieu : la centralisation. Pour certaines pathologies comme le cancer du sein, le cancer tête et cou, la traumatologie, la chirurgie du pancréas et de l'œsophage, les soins seront concentrés dans les universités et quelques grands centres et rendus presque impossibles pour toute une série d'hôpitaux. Tant que l'on vise une amélioration des soins aux patients, il n'y a pas de problème. La centralisation doit profiter au patient et non aux institutions.

Les mouvements réglementaires et de centralisation émanent souvent de grands centres, sans aucune analyse d'impact sur l'organisation des soins et avec des critères et des exigences qui vont bien au-delà de ce que l'évidence justifie. Les opérations de centralisation feraient bien d'inclure des simulations des avantages ainsi que des coûts et des

inconvénients. On oublie trop souvent que l'imposition de minima (au moins autant de séances de radiothérapie, autant d'opérations, au moins autant de chimiothérapies) peut parfois induire une forme d'acharnement thérapeutique plutôt que d'efficacité thérapeutique.

Le prochain gouvernement ne pourra pas perdre de vue le principe de base **des soins proches du patient**. La proximité et l'accessibilité géographique de l'offre de soins doivent rester des critères importants.



7 Tarif avantageux pour les patients réellement dans le besoin

L'accord médico-mutualiste pour 2024-2025 comporte des accords que le ministre ne peut ignorer. L'interdiction de suppléments d'honoraires dans les soins ambulatoires doit rester limité au groupe d'environ 1 million de patients réellement dans le besoin et aux revenus limités.

En Belgique, le système d'«intervention majorée» existe depuis des décennies. Les personnes qui en bénéficient économisent 3000 à 4000 euros de frais INAMI par an et profitent également de nombreuses réductions (réductions transports en commun, scans énergétiques gratuits, prêts à 0% d'intérêt, allocation de chauffage et autres). Initialement, ce système était conçu comme un filet de sécurité pour les patients nécessiteux, tels que les invalides, les handicapés, les orphelins, les veufs, les bénéficiaires du revenu d'intégration, les personnes en situation de pauvreté et les personnes très âgées vivant seules.

Progressivement, le système s'est érodé en accordant également ce statut à des personnes qui parviennent astucieusement à maintenir leur revenus officiels à un niveau bas, mais qui par ailleurs disposent également d'un patrimoine mobilier et immobilier qui n'est pas pris en compte¹. Selon les sources, 2,2 à 2,7 millions de Belges (1 sur 5) ont droit aux avantages d'un tel système.

Selon les propres calculs de l'ABSyM, le groupe de patients **'réellement' nécessiteux se**

limiterait à environ 1 million d'habitants (1/10 Belges au lieu de 1/5). Pour ce groupe, le système de tiers payant automatique aurait du sens, tout comme l'accès facilité au système de soins de santé.

En ce qui concerne les honoraires libres (suppléments d'honoraires), les malentendus ne pourront être levés que si l'on sait en toute transparence à qui et à quoi ces suppléments d'honoraires sont destinés : nouvelles technologies, hôpitaux, prestations non remboursables, dispositifs médicaux, exigences particulières du patient ou revenus supplémentaires pour le prestataire de soins.

Le gouvernement ne peut pas obliger les médecins à travailler à perte ou en dessous du prix de revient pour une partie importante de leurs patients. L'ABSyM demande que les accords repris dans la convention médico-mutualiste 2024-2025 soient respectés.

D'ailleurs, nous constatons que les restrictions concernant le statut «intervention majorée» ne sont imposées qu'aux médecins et aux paramédicaux. Les mutualités n'offrent pas à leurs membres bénéficiant de ce statut une réduction de la cotisation. Le montant que ces patients paient à leur mutualité est considérable.

¹ Lors de l'évaluation de l'intervention majorée, le revenu annuel brut imposable du demandeur est pris en compte. Le montant du plafond s'élève à 25 797,56 euros, majoré par personne à charge. Sont pris en compte les revenus professionnels ou de remplacement ainsi que les revenus immobiliers (via le revenu cadastral ou les revenus locatifs), mobiliers et divers. Le patrimoine n'est pas pris en compte. Il n'est, par exemple, pas tenu compte des biens mobiliers et immobiliers.





8

Les connaissances médicales doivent primer, les guidelines les soutenir

Chaque patient est unique et mérite une approche individuelle où les connaissances médicales du médecin doivent primer et où les guidelines et les algorithmes accompagnent le médecin.

A la centralisation se greffent des algorithmes (arbres décisionnels) auxquels les prestataires de soins et les patients doivent se tenir, comme si la médecine était un livre de cuisine avec des recettes et des symptômes univoques. Mais c'est la connaissance médicale qui devrait prévaloir sur les guidelines et les algorithmes, qui doivent rester complémentaires mais non décisifs.

Les médecins ont besoin d'un feed-back régulier, et de préférence en temps réel, sur la manière dont leur comportement diagnostique et thérapeutique se situe par rapport à celui de leurs pairs. Cela vaut aussi bien pour la prescription de certains médicaments que pour la prescription de certains examens. La médecine populationnelle a sa place, en particulier dans les soins préventifs, mais dans les soins curatifs, chaque patient individuellement doit recevoir les soins dont il a besoin.

9 Vie privée et utilisation correcte des données de patients

Les patients ont le droit de décider quels prestataires de soins peuvent avoir accès à leurs données médicales. Le consentement éclairé des patients n'est pas un concept élastique et ne peut être ouvert à l'interprétation.

Qu'un patient consulte un médecin généraliste ou un médecin spécialiste, toutes les données sont stockées sous forme d'enveloppes d'informations numériques. Avec le développement des autoroutes de l'information, ces enveloppes d'informations ne restent pas chez le généraliste ou le spécialiste, mais sont envoyées à d'autres médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, logopèdes, psychologues, audiologues, dentistes, mutualités, assurances, instances gouvernementales de toutes sortes.

Il est important que le patient demeure propriétaire de ces enveloppes d'informations, en particulier celles qu'il ne souhaite pas voir diffusées tout au long de la chaîne, mais qui sont envoyées uniquement au prestataire de soins qui a réellement besoin de ces informations et uniquement avec l'implication et l'approbation du patient.



La vigilance doit rester de mise car l'utilisation correcte des données de santé est en permanence sous pression. De nombreuses initiatives se moquent du consentement éclairé des patients ou l'interprètent à leur guise. La sécurité dans l'échange des données des patients est une priorité absolue qui ne peut être compromise.

10

Inflation et norme de croissance

Le budget des soins de santé doit suivre l'augmentation des besoins en soins et des salaires des soignants. Une augmentation de 3,5 % à 4 % au-dessus de l'inflation est donc nécessaire.

La croissance démographique, le vieillissement de la population, l'augmentation des besoins en soins des malades chroniques et en soins de santé mentale nécessitent une augmentation du budget des soins de santé avec une norme de croissance de 3,5 % à 4 % au-dessus de l'inflation. La croissance démographique et le vieillissement de la population entraînent à eux seuls une augmentation des dépenses de 2,5 % par an.

Étant donné que la plupart des dépenses en soins de santé impliquent des ressources humaines, le budget devrait être à l'abri de l'inflation et lié à l'indice de santé lissé et à l'indice pivot en ce qui concerne les salaires. Le système actuel, déraisonnable de mesures correctrices doit être remplacé par un système raisonnable.





11

Non à plus d'autorités

La profusion de groupes de travail, de comités et de projets rend l'organisation des soins de santé opaque. En limitant cette prolifération, les soins de santé pourraient être plus efficaces et plus d'argent consacré aux soins des patients.

Ces dernières années, nous assistons à une forte augmentation de commissions, de comités, de groupes de travail et de projets de toutes sortes, ce qui a entraîné une forte fragmentation et une perte de vue d'ensemble sur le système des soins de santé. Des pages remplies de rapports rédigés en termes vagues par des consultants et des gestionnaires de toutes sortes ne doivent pas devenir la norme. Les rapports administratifs doivent être clairement rédigés, transparents et avoir du sens.

Les projets doivent pouvoir être évalués en fonction d'objectifs et de paramètres clairs. Un grand ménage s'impose et les ressources libérées devant être redirigées vers les soins aux patients.



12 Affiner la planification de l'offre médicale

Ecouter les points de vue des organisations de médecins peut éviter de former trop de spécialistes dans une discipline et pas assez dans une autre. Il est inacceptable que la pénurie de médecins puisse être le prétexte d'un transfert de leurs compétences médicales vers d'autres prestataires de soins.

Aujourd'hui, l'offre de médecins est très réglementée et fixée à l'avance. Or, on constate que le modèle de calcul n'est pas adapté à la réalité. Ce modèle est utilisé pour toutes les professions de santé. Il en résulte que beaucoup trop de spécialistes sont formés pour une spécialité médicale à un moment donné, alors que pour d'autres spécialités, il existe d'importantes pénuries.

Cette inadéquation **ne peut s'améliorer que si l'on tient compte des besoins et des idées des organisations de médecins**, qui peuvent déterminer les besoins de chaque spécialité de manière beaucoup plus précise. La concertation des organisations de médecins, qui connaissent le mieux le terrain, peut éviter de former trop de spécialistes pour une discipline et trop peu pour une autre.

Ce qui n'est en tout cas pas acceptable, c'est que sous prétexte de pénurie de médecins, des compétences médicales soient transférées à d'autres prestataires de soins qui n'ont pas suivi la formation requise de médecin.



UN PLAN EN 12 POINTS

1. Le MG mandataire et co-pilote du patient
2. Réduire les réglementations et garantir la co-gouvernance
3. Tout ou rien pour la réforme de la nomenclature
4. De l'attention pour les spécialistes extra-muros
5. Une rémunération correcte pour la permanence des médecins spécialistes
6. Centraliser les soins, uniquement dans l'intérêt du patient
7. Tarif avantageux pour les patients réellement dans le besoin
8. Les connaissances médicales doivent primer, les guidelines les soutenir
9. Vie privée et utilisation correcte des données de patients
10. Inflation et norme de croissance
11. Non à plus d'autorités
12. Affiner la planification de l'offre médicale



Chaussée de La Hulpe 150
1170 Bruxelles

Tél: 02 644 12 88

E-mail: info@absym-bvas.be

Site web: absym-bvas.be