INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ

Etablissement public institué par la loi du 9 août 1963
Avenue Galilée 5/01 - 1210 Bruxelles

Service des soins de santé

COMITE DE L'ASSURANCE

Note CSS 2022/304 **Bruxelles, le 24 octobre 2022**

OBJET

Réforme structurelle de la nomenclature des prestations de santé des médecins - PHASE 2.2 : élaboration d'une échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement liés aux Actes Techniques Médicaux et Chirurgicaux (ATMC).

Sélection des hôpitaux candidats pour collaborer avec les équipes GEDIS et LIGKUL

CONTENU

1. Antécédents

La réforme de la nomenclature vise à :

- corriger des différences injustifiées de niveau d'honoraires entre médecins généralistes et spécialistes et entre médecins spécialistes mêmes ;
- mettre à jour et adapter la nomenclature aux évolutions de l'activité médicale et aux nouveaux modèles de soins (télémédecine, soins multidisciplinaires, etc.) ;
- améliorer la logique intrinsèque, la lisibilité et la transparence de la nomenclature ;
- introduire des incitants pour promouvoir la collaboration et la qualité ;
- distinguer de façon transparente et standardisée, au sein des honoraires de tous les médecins, la partie « honoraires médicaux destinés à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales et non couverts par d'autres sources » de la partie « honoraires destinés à couvrir la prestation du médecin » + impacts dans le secteur hospitalier sur rétrocession/frais réels, sur gestion des suppléments d'honoraires et sur gestion médicale de la partie « coûts ».

Le projet est subdivisé en différentes phases :

Phase 1 : restructurer et adapter le libellé des prestations :

- standardisation selon une logique triaxiale ou adaptée à la catégorie de nomenclature concernée ;
- couplage à classification ICHI (International Classification of Health Interventions) ou internationale adaptée ;
- transfert méthodologique pour maintenir et développer les prestations en une nomenclature restant cohérente.

Phase 2.1. : déterminer le rapport existant entre les différentes prestations sur la base de critères objectifs (partie professionnelle des honoraires)

Construction d'une échelle de valeur de la part professionnelle selon différents indicateurs (durée complexité, risque).

Phase 2.2.: Détermination des frais de fonctionnements en lien avec les prestations afin, au sein de la nomenclature, d'isoler ceux-ci de la part professionnelle.

Lors de la réunion du 29 avril 2019, le Comité de l'assurance a approuvé le contrat concernant la phase 1.A "standardisation des libellés ATMC" avec deux équipes de l'ULB (Note CSS 2019/127). Les travaux sont coordonnés et exécutés par les professeurs Pol Leclercq (Centre Universitaire de Gestion, Economie et Droit appliqués aux Institutions de Soins et de Santé, ci-après appelé GEDIS) et Magali Pirson (Centre de recherche en Economie de la Santé, Gestion des Institutions de Soins et Sciences Infirmières, ci-après appelé CR1ESPULB).

Lors de la réunion du 26 avril 2021, les Prs Leclercq, Pirson et Kips ont présenté la méthodologie pour les phases 2.1.A. et 2.2.A. , relatives aux ATMC.

Lors de la réunion du 12 juillet 2021, un projet de convention avec les equipes GEDIS et CR1ESPULB a été approuvé (note CSS 2021/209), une même convention, traduite en néerlandais devant également être conclue avec une troisième équipe : le « Leuvens Instituut voor Gezondheidszorgbeleid » de la KUL (ci-après appelé LIGKUL), représenté par le Pr. Dr. Johan Kips et Katrien Kesteloot.
Lors de la réunion du 20 décembre 2021 (note CSS 2021/404), la date d'entrée en vigueur a été fixée au 1er janvier 2022 et une modification nécessaire des principes méthodologiques qui sont à la base des travaux des équipes universitaires a été approuvée.

Lors de la réunion du 11 juillet 2022 (note CSS 2022/215), l'appel à candidature aux hôpitaux pour collaborer avec les équipes GEDIS et LIGKUL a été approuvé. Celui-ci a été lancé le 13 juillet 2022 et a été clôturé le 9 septembre 2022.

2. Objet

Dès que les hôpitaux ont introduit leur déclaration d'intention , les deux équipes universitaires se sont concertés avec eux afin de vérifier la recevabilité de celle-ci au regard des exigences nécessaires pour collaborer avec elles dans le cadre de la phase 2.2. (cfr note CSS 2022/215). La présente note a pour but de présenter pour approbation au Comité les candidatures pour les hôpitaux francophones et néerlandophones.

Pour rappel cette phase est constituée de deux approches complémentaires : une approche « normative » et une approche en « coût réels ».
Il existe quelques nuances entre les deux équipes en matière de méthodologie (les principes et les données à fournir restant identiques).
Ces deux méthodologies sont cependant complémentaires. Par ailleurs, l'unicité et la cohérence du résultat final seront assurée par, outre le travail de concertation entre les deux équipes, la gouvernance suivante :

- un groupe de projet composé des représentants des deux équipes et de membres de l'INAMI
- un groupe de pilotage composé du groupe de projet, complété avec des représentants du SPF et du KCE
- le comité d'accompagnement tel que visé dans la note CSS 2020/070

Le processus ayant mené à la liste finale des candidatures par les équipes universitaires se trouvent en annexe, ainsi que les modalités financières.
Pour rappel une enveloppe de 1.500.000 euros est prévue respectivement pour les hôpitaux francophones et néerlandophones (calculée sur une base théorique de 10 hôpitaux à raison de 50.000 euros par hôpital par an pour une durée de 3 ans). Les critères de répartition de ce

budget entre les hôpitaux participants sont explicités en annexe par les deux équipes (ceux-ci répondant aux nuances méthodologiques).

Après approbation de la liste par le Comité de l'assurance, une convention sera conclue entre l'INAMI et chaque hôpital. Le Comité de l'assurance sera tenu informé du contenu et de la mise en oeuvre concrète des conventions pour les deux équipes.

IMPACT BUDGETAIRE

Les moyens financiers sont prévus dans le poste « expertise » du budget de missions. Vous trouverez plus de détails dans la note CSS 2021/209.

IMPACT ADMINISTRATIF

Conclusion des conventions avec les hôpitaux. Supervision INAMI et collaboration INAMI/SPF Santé publique/KCE avec les 3 équipes pour l'organisation et la gestion opérationnelle.

PROCEDURE

MISSION DU COMITE DE L'ASSURANCE

Le Comité de l'assurance est prié de valider la liste des hôpitaux retenus pour collaborer avec les équipes GEDIS et LIGKUL à l'élaboration d'une échelle de valeurs relatives des frais de fonctionnement liés aux Actes Techniques Médicaux et Chirurgicaux (ATMC).

Note relative à la recevabilité des hôpitaux généraux ayant fait part à l'INAMI de leur intention de collaborer avec l'équipe GEDIS (Centre Universitaire de Gestion, Economie et Droit appliqués aux Institutions de Soins et de Santé) dans le cadre de la phase 2.2.A (volet étude en "coûts réels" des frais de fonctionnement liés aux activités médicales).

1. Appel à candidature

L'appel à candidature a été communiqué par l'INAMI le 13 juillet 2022 à l'ensemble des hôpitaux francophones et bicommunautaires de Bruxelles.

Pour mémoire, cet appel comportait
- une synthèse méthodologique
- la liste et la forme des données à fournir par les hôpitaux
- les critères pris en compte pour évaluer la recevabilité des candidatures
- le calendrier des différentes étapes en vue de la sélection des hôpitaux participants
- des indications sur les modalités financières et contractuelles

Les candidatures devaient être introduites pour le 9 septembre 2022 à l'INAMI avec copie à l'équipe GEDIS. Tout hôpital souhaitant obtenir des compléments d'informations techniques était invité à contacter l'équipe GEDIS.

2. Contacts préliminaires

20 hôpitaux ont contacté l'équipe GEDIS pour indiquer leur intention d'introduire une candidature et pour discuter de leur capacité de faire parvenir leurs données dans les conditions requises et en temps voulu.

Au terme de ces entretiens complétés par des coups de sonde dans les fichiers dont disposaient les hôpitaux, les responsables de trois hôpitaux ont constaté que leurs données en l'état ne correspondaient pas aux prérequis et qu'il serait impossible de les mettre en conformité dans les délais prévus (pour fin octobre). Deux hôpitaux ont estimé que, même s'ils pouvaient fournir des données recevables, les travaux ultérieurs, même limités, qui résulteraient de leur candidature n'étaient pas envisageables compte tenu des moyens dont ils disposaient. Ces cinq hôpitaux ont donc décidé de ne pas faire acte de candidature pour l'exercice 2019 mais il a été convenu qu'ils garderaient le contact avec l'équipe GEDIS en vue d'une éventuelle participation aux travaux portant sur l'exercice 2022.

Les 15 hôpitaux dont la liste figure ci-dessous ont donc introduit une déclaration d'intention de collaborer avec l'équipe GEDIS à la phase 2.2.A (volet étude en "coûts réels" des frais de fonctionnement liés aux activités médicales).

01. Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre [APPSM] (Sambreville)
02. Centre Hospitalier Régional [APPSM] (Namur)
03. Clinique Saint Luc (Bouge)
04. Cliniques du Sud Luxembourg [Vivalia] (Arlon)
05. Institut Famenne Ardenne Condroz [Vivalia] (Marche)
06. CHU Mont-Godinne [CHU UCL Namur] (Mont-Godinne)
07. Centre hospitalier de l'Ardenne [Vivalia] (Libramont
08. Centre Hospitalier universitaire Tivoli (La Louvière)
09. Cliniques de l'Europe (Bruxelles)
10. Clinique & Maternité Sainte Elisabeth [CHU UCL Namur]
11. Centre Hospitalier Régional Peltzer (Verviers)
12. CHU Saint Pierre (Bruxelles)
13. Cliniques Universitaires Saint Luc (Bruxelles)
14. Hôpital Erasme [HUB] (Bruxelles)
15. Hôpital Delta [Chirec] (Bruxelles)

Ces 15 hôpitaux ont transmis des fichiers de données au cours de la seconde quinzaine de septembre à l'équipe GEDIS qui a entrepris l'analyse de ces fichiers en se basant sur les critères de recevabilité fixés par les équipes universitaires et l'INAMI.

Pour rappel,

✓ Le niveau de granularité doit être suffisant. (NB : La problématique de la granularité des centres de frais ou des centres d'activité [CDF/CA[1]] est un concept difficile à définir de manière univoque mais les deux équipes universitaires LIGKUL et GEDIS ont une vision commune de ce que recouvre cette exigence).

✓ Les actes facturés (comme les charges qui s'y rapportent) devront obligatoirement être rattachés au CDF/CA correspondant à leur lieu de production.

✓ La liaison entre CDF/CA de la facturation et de la comptabilité devra être établie de manière univoque.

✓ Les écarts entre activités facturées et charges comptabilisées pour l'activité médicale et par CDF/CA devront être raisonnables.

✓ Les écarts entre produits facturés et produits comptabilisés pour l'activité médicale et par CDF/CA devront être raisonnables (marge à apprécier par GEDIS sur base de limites similaires pour les différents hôpitaux).

3. Méthodologie de validation

3.1. L'ampleur du travail d'analyse des fichiers

Pour réaliser une validation permettant de s'assurer que les données transmises par les hôpitaux candidats seraient exploitables, l'équipe GEDIS a décidé de procéder à divers travaux décrits comme la première étape des études "en coûts réels" décrite dans la méthodologie qui était jointe à l'appel à participation des hôpitaux (étape 4.2.2). Il s'agit donc d'un travail considérable consistant essentiellement dans les opérations suivantes :

- Dresser une cartographie permettant d'apprécier la proportion de réalisation de chaque ATMC transversalement (c'est-à-dire réalisés dans plusieurs CDF/CA différents) et au sein de chaque CDF/CA.

[1] Les actes facturés (comme les charges qui s'y rapportent) devront obligatoirement être rattachés aux centres de frais (CDF) correspondant à leur lieu de production.

Par exemple :
- Le CDF d'une hystérectomie devra être le bloc opératoire.
- Le CDF d'un accouchement par voie césarienne sera le bloc opératoire ou le bloc d'accouchement selon la pratique en vigueur dans l'hôpital.
- Le CDF d'une consultation de gynécologie et des ATMC qui se pratiquent dans le cadre de cette consultation sera un CDF 84 complété par un numéro spécifique (84.X).
- Etc.

Lorsqu'il apparait possible de distinguer des lieux d'exécution distincts mais que cette distinction ne permet pas une imputation suffisamment précise des charges, on peut substituer la notion de centre d'activité (CA) à la notion de centre de frais (CDF). Cette pratique doit cependant rester exceptionnelle pour éviter de dénaturer, de ce fait, le principe du rattachement de la prestation à son lieu précis d'exécution

Par exemple :
- Idéalement on peut imaginer des box de consultations de cardiologie (CDF 84.X) et des locaux techniques où l'on réalise des électrocardiogrammes, et des épreuves d'effort, etc. (CDF58.X)
- S'il y a juxtaposition des locaux et si, de ce fait, l'assistance du personnel soignant/technique ne permet pas cette distinction sur des bases raisonnables, on peut admettre un CA cardiologie "consultation & actes techniques associés".

- Identifier les prestations qui ne sont pas des ATMC mais qui consomment des ressources au sein des CDF/CA principaux producteurs d'ATMC.
- Regrouper les différentes natures de charges du CDF/CA en coût du personnel 62, 617, 619 (catégorie 3 + 4 +5), en équipement médical (6303, 6103-6135), en dispositifs médicaux non amortissables (600, 601, 6063) et en autres charges directes.

3.2. Dans la pratique

3.2.1. Un premier examen superficiel a visé à vérifier :

- que tous les fichiers demandés étaient présents
- qu'il existait bien une correspondance entre CDF/CA renseignés dans le fichier facturation et dans le fichier comptabilité analytique
- que la granularité des CDF/CA à l'échelle de l'ensemble de l'hôpital semblait suffisante
- que la comptabilité de l'ensemble de l'hôpital (et pas seulement de certains CDF/CA) avait bien été transmise.

3.2.2. Cartographie des ATMC

Une cartographie permettant de localiser l'ensemble des ATMC dans les différents CDF/CA où ils avaient été imputés par l'hôpital a été réalisée pour chaque hôpital candidat.
Les prestations, autres que des ATMC, réalisées de manière concomitante dans ces CDF/CA sont identifiées afin d'en estimer la proportion en vue de l'étape 3.2.4 ci-dessous et parce que ces prestations mobilisent des moyens dont il importe de tenir compte dans les CDF/CA qui seront retenus.

3.2.3. Charges des CDF/CA

Pour chaque CDF/CA, identification des natures de charges selon les trois coûts directs convenus entre les équipes GEDIS et LIGKUL (les autres coûts directs hors médecins étant groupés dans une dernière catégorie afin d'en apprécier l'importance relative).

3.2.4. Première sélection des CDF/CA à incorporer dans l'étude "coûts réels des frais de fonctionnement liés à l'activité médicale"

Chaque CDF/CA où la cartographie a repéré des ATMC a fait l'objet d'une analyse. L'objectif est d'écarter les CDF/CA où les ATMC figurent de manière marginale (par exemple s'il s'agit de prestations effectuées occasionnellement mais en quantité non significative ou dans les rares cas d'imputations erronées occasionnelles). On écarte également des CDF/CA où des ATMC sont prestés de manière significative mais lorsque l'imputation des charges se révèle inappropriée pour un calcul correct des frais de fonctionnement de l'activité médicale. Un exemple typique de cette cause d'exclusion est représenté par les services de garde (urgences) où il est quasi impossible de déterminer la part des moyens en personnel affectés à la réalisation des ATMC de celle consacrée à la prise en charge des patients se présentant en urgence).

A l'occasion de cette étape, une appréciation critique est portée sur les données présentées par l'hôpital afin de s'assurer que les CDF/CA retenus permettront de réaliser les calculs prévus dans la suite de la méthodologie.

3.2.5. Seconde sélection des CDF/CA à incorporer dans l'étude "coûts réels des frais de fonctionnement liés à l'activité médicale"

Chaque CDF/CA ayant fait l'objet de la sélection précédente est analysé d'un point de vue de l'adéquation apparente des moyens imputés (personnel, équipements, produits médicaux courants) avec l'activité réalisée dans le CDF/CA. Lorsque cette adéquation n'est pas constatée, le CDF/CA est écarté sous réserve d'une vérification ultérieure avec l'hôpital.

A nouveau une appréciation critique est formulée.

4. Résultat

4.1. Globalement

Au terme de l'analyse décrite ci-dessus, les 15 hôpitaux candidats totalisent un total de 375 CDF/CA retenus (25 CDF/CA en moyenne par hôpital [minimum 15, maximum 42]).

Les actes techniques médicaux et chirurgicaux (ATMC) prestés dans ces CDF/CA sont au nombre de 5.327.363 soit 85% des ATMC prestés dans ces hôpitaux (355.157 ATMC en moyenne par hôpital [minimum 158.256 maximum 752.083]).

Ces 5.327.363 ATMC correspondent à 2.249 types d'ATMC différents de la nomenclature actuelle.

Les 375 CDF/CA retenus totalisent des coûts directs (qui seront inclus dans l'étude) pour 367.335.751€ (24.489.050 € en moyenne par hôpital [minimum 8.091.666€, maximum 62.854.219€]).

4.2. Recevabilité des hôpitaux candidats

- Pour chaque hôpital candidat, la granularité des CDF/CA retenus est acceptable en rapport avec la taille de l'établissement.
- Les principales activités (bloc opératoires, radiologie, quartier d'accouchement, centres d'activité de cardiologie, de pneumologie, de gastro entérologie, de neurologie, etc.) sont identifiées.
- L'activité en ATMC prestés dans ces CDF/CA est significative.
- Les moyens imputés pour réaliser cette activité semblent susceptibles de correspondre aux activités répertoriées.

En conclusion, chacun des hôpitaux candidats peut être incorporé dans l'étude dont la méthodologie doit être mise en œuvre par l'équipe GEDIS.

5. Volet budgétaire

5.1. Principes

Le budget pour la phase 2.2 dévolu aux hôpitaux collaborant avec l'équipe GEDIS est de 500.000€ par an (en 2022, en 2023 et en 2024). Cette enveloppe budgétaire a été calculée sur une base théorique de 10 hôpitaux pilotes auxquels seraient attribués en moyenne 50.000€/hôpital par an.

Comme précisé en comité de pilotage INAMI, différentes considérations doivent être prises en compte lors de la mise en œuvre de la phase 2.2.A.

(a) Les candidatures de plus de 10 hôpitaux pourraient être retenues. Le budget global ne peut être dépassé.

(b) Les candidatures de moins de 10 hôpitaux sont retenus. Il faut d'abord vérifier si une masse critique de données peut néanmoins être rassemblée. Le budget doit être réduit en proportion.

(c) Chaque hôpital contribue de manière inégale à l'étude en fonction du volume de données utiles qu'il est en mesure de fournir.

(d) Du côté des hôpitaux prêts à collaborer avec l'équipe GEDIS, il est vite apparu que, après la crise COVID, les moyens dont les hôpitaux candidats peuvent disposer pour l'étude du coût des frais de fonctionnement sont limités et variables selon les hôpitaux.

Quatre études distinctes ont donc été prévues afin de permettre aux hôpitaux une participation sélective en fonction de leurs ressources disponibles et de leurs motivations :

- L'étude en "coûts réels" des frais de fonctionnement liés aux activités médicales qui fait l'objet du présent appel à participation des hôpitaux (étude 2.2.A. Cts réels).
- Une étude consacrée aux mesures ou aux estimations des durées de mobilisation des ressources (personnel et équipement) nécessaires à la réalisation des ATMC de la nomenclature actuelle et de la nouvelle nomenclature en préparation (étude 2.2.A. Durée)

- Un projet consacré à l'amélioration des enregistrements détaillés de l'imputation sur les ATMC des coûts des dispositifs médicaux amortissables [équipements médicaux] et non amortissables [produits médicaux courants] (étude 2.2.A. DMA & NA)
- Une étude "normative" des frais de fonctionnement liés à l'activité médicale (étude 2.2.A. Normative

Le budget disponible (1.500.00€ sur 3 ans) a été scindé pour assurer un financement équitable à ces quatre études :

- Étude 2.2.A. Cts réels 600.000€
- Étude 2.2.A. Durée 300.000€
- Étude 2.2.A. DMA & NA 300.000€
- Étude 2.2.A. Normative 300.000€

Le budget dont l'attribution est proposée dans le cadre de la présente note concerne l'étude 2.2.A. cts réels (600.000€ sur la période 2022, 2023 et 2024).

Dans l'appel lancé par l'INAMI, les précisions suivantes étaient apportées à la section 7.
- Pour les hôpitaux candidats, un calcul des charges correspondant aux ressources globales affectées à la réalisation des frais de fonctionnement de l'activité médicale ATMC hors charges médicales et hors biologie clinique, anatomopathologie et radiothérapie sera effectué sur base de la comptabilité analytique transmise.
- Un taux d'achat des données correspondant à ces ressources sera déterminé sur base du budget global disponible et du nombre d'hôpitaux sélectionnés*.
- A titre illustratif, selon les simulations réalisées, ce taux variera entre 0,025% et 0,030% selon le nombre d'hôpitaux sélectionnés.
- Dès que les données auront été validées, un calcul définitif sera effectué pour fixer la part du budget attribuée à chaque institution hospitalière sélectionnée.
Ex : sur base de la comptabilité analytique fournie par un hôpital candidat Hx, on détermine que les FF globalement imputés à l'activité médicale seraient de 50 millions€, le coût d'achat (TVAC) consenti pour l'acquisition du droit d'utiliser ces données dans le cadre du projet oscillerait entre 12.500€ et 15.000€.
- Ce montant sera acquis sur une base annuelle pour les années 2022, 2023 et 2024 si l'hôpital a été sélectionné, a signé la convention de mise à disposition des données requises et s'est engagé à fournir les données de l'exercice 2022 sous la forme convenue et à la date convenue en 2023. Si cette dernière obligation n'était pas remplie, l'allocation ne serait pas octroyée en 2024.

Le calcul prévu ci-dessus* a été réalisé. L'attribution budgétaire pour chaque hôpital est basée sur un calcul prenant en compte, à la fois, les montants des coûts directs (personnel, équipements médicaux et produits médicaux courants) mobilisés pour réaliser les ATMC et le volume des ATMC des CDF/CA sélectionnés. Compte tenu du fait que les hôpitaux candidats ont transmis des données en apparence conformes aux prérequis indiqués dans l'appel à candidature, il est proposé à l'INAMI de conclure une convention avec chacun de ces hôpitaux pour la mise à disposition des données de l'exercice 2019 destinées à la phase 2.2.A Ct réels. Pour l'année 2022, l'attribution budgétaire proposée à chacun des hôpitaux est la suivante :

01. Centre Hospitalier Régional du Val de Sambre [APPSM] (Sambreville)	5.173 €
02. Centre Hospitalier Régional [APPSM] (Namur)	12.257 €
03. Clinique Saint Luc (Bouge)	8.231 €
04. Cliniques du Sud Luxembourg [Vivalia] (Arlon)	8.196 €
05. Institut Famenne Ardenne Condroz [Vivalia] (Marche)	7.570 €
06. CHU Mont-Godinne [CHU UCL Namur] (Mont-Godinne)	11.493 €
07. Centre hospitalier de l'Ardenne [Vivalia] (Libramont	7.804 €
08. Centre Hospitalier universitaire Tivoli (La Louvière)	14.174 €
09. Cliniques de l'Europe (Bruxelles)	14.679 €

10. Clinique & Maternité Sainte Elisabeth [CHU UCL Namur]	12.735 €
11. Centre Hospitalier Régional Peltzer (Verviers)	12.727 €
12. CHU Saint Pierre (Bruxelles)	16.525 €
13. Cliniques Universitaires Saint Luc (Bruxelles)	31.228 €
14. Hôpital Erasme [HUB] (Bruxelles)	24.914 €
15. Hôpital Delta [Chirec] (Bruxelles)	12.294 €
	200.000 €

Si les données transmises ont pu être utilisées conformément à la méthodologie décrite, un montant similaire sera versé aux mêmes hôpitaux en 2023.

En fonction de la participation des hôpitaux pour la transmission des données concernant l'exercice 2022, un nouveau calcul d'attribution budgétaire sera réalisé.

Bruxelles le 19.10.2022

Pour l'équipe du Centre Universitaire de Gestion, Economie et Droit appliqués aux Institutions de Soins et de Santé (S. Bardiaux, D. Martins, Prof. P. Leclercq avec la collaboration de J. Van den Bulcke, E. Eryuruk, M. Boggaert, Prof.M. Pirson)

Prof. P. Leclercq

GEDIS
C/o Département d'Economie de la Santé CP 592
Ecole de Santé Publique
Route de Lennik, 808, 1070 Bruxelles
Tél : +32 2 555 4034 ; Fax : +32 2 555 4034
GSM : +32 476 49 99 68
E mail : pleclerc@ulb.ac.be