
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des Médecins Spécialistes

Éditeur responsable : Dr J.-L. Demeere
Secrétaire de rédaction : F. Vandamme
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 5 / OCTOBRE 2019

Bureau de dépôt : Bruxelles – N° d'agrément : P918437

L'INAMI FAIT APPEL À 3 ÉQUIPES D'EXPERTS EXTERNES - LE GBS OFFRE SON EXPERTISE

Révision de la nomenclature : déploiement à grande échelle

Le 25 septembre, Monsieur Jo DE COCK, administrateur général de l'INAMI, en présence du Dr Bert WINNEN, chef de cabinet de Maggie DE BLOCK, a convoqué une réunion réunissant les universités, les mutuelles et les organisations professionnelles y compris le GBS, pour lancer officiellement la réforme la nomenclature des soins de santé.

Ce projet donne le départ à la mise en œuvre de l'accord du gouvernement 2014-2019 Michel I. Cet accord stipule en effet qu'une réforme et une simplification en profondeur de la nomenclature doivent avoir lieu pour que les tarifs soient en adéquation avec les coûts réels en toute transparence, et que les différences injustifiées entre les disciplines médicales disparaissent. Les prestations intellectuelles (notamment pour les disciplines sensibles), les consultations réciproques, la concertation et la coordination dans le cadre d'une collaboration multidisciplinaire, sont mieux valorisés. Le coût du matériel ou des produits utilisés dans le cadre de la prestation de soins ne peut avoir une influence directe sur le tarif facturé par le prestataire de soins. La réforme doit rester stimulante pour encourager la productivité et la spécialisation.

***Au total 3 748 actes
doivent être réécrits
et valorisés***

Une disposition similaire a été reprise dans l'accord médico-mutualiste 2018-2019

La révision de la nomenclature est un chantier d'envergure. On distingue essentiellement trois types différents d'actes médicaux :

- Les actes techniques médico-chirurgicaux soit 2 508 libellés différents
- Les actes de consultations et avis soit 345 prestations
- Les actes médicotecniques automatisés soit 895 libellés.

Au total 3 748 actes doivent être réécrits et valorisés.

Le processus décisionnel et les experts chargés de cette mission à savoir les Professeurs PIRSON et LECLERCQ de l'ULB, les Professeurs TRYBOU et ANNEMANS (UGent) et la firme Möbius ont été présentés.

La réforme aura lieu en trois phases :

Phase I: restructuration des libellés

Phase II: élaboration des balances de valeur relationnelle (scores d'intensité) pour la partie professionnelle

Phase III: évaluation des frais de fonctionnement relatifs aux actes médicaux.

La révision des actes techniques médico-chirurgicaux a été confiée aux Professeurs PIRSON et LECLERCQ. Les deux professeurs qui font partie du Centre Universitaire de Gestion, Economie et Droits appliqués aux Institutions de Soins de Santé travaillent depuis des années sur les coûts des prestations hospitalières et des honoraires médicaux dans le cadre de l'étude PACHA.

***Une prestation
comme la
néphrectomie
comptera 6 libellés,
selon qu'elle soit
totale ou partielle et
en fonction de la
technique utilisée***

Les travaux se dérouleront en plusieurs phases. Une première phase consistera à introduire une arborescence logique pour les différentes prestations de la nomenclature afin d'améliorer la lisibilité et rendre possible la comparabilité internationale. À cet égard, des propositions seront formulées pour adapter le libellé des différentes prestations et les compléter si nécessaire.

La labellisation des prestations suivra 3 axes en se posant les questions où, quoi et comment. Si on prend la néphrectomie, (anatomie), elle peut être partielle ou totale (acte), par laparotomie, laparoscopie ou par robot assisté. Donc la néphrectomie compte désormais 6 libellés

différents: trois pour la néphrectomie totale et trois pour la partielle. La durée de la réécriture, soit la phase I, demandera 2 ans.

Les résultats seront validés par les représentants des spécialités concernées.

Dans la phase II, il faut également compter sur une à deux années pour valoriser les codes ICHI de l'OMS. En phase 3 on y ajoutera le coût des moyens techniques nécessaires à la réalisation de l'acte. Les travaux devraient être finalisés en 2023 ou 2024.

La révision des actes medicotechniques automatisés dont la biologie clinique, l'anatomo-pathologie, la radiothérapie et la médecine nucléaire est confiée à la société Möbius qui a acquis une expérience dans l'audit des coûts et de l'organisation des hôpitaux. Les experts consultants se concerteront largement auprès des professionnels et des organisations de médecins spécialistes pour comprendre le système belge et les différences régionales. Riche de l'expérience des autres consultants, l'ULB et l'UGent, la firme Möbius déterminera une méthodologie dans les deux mois qui suivent les consultations. Möbius estime que ses travaux de la première phase, soit la réécriture de la nomenclature en biologie clinique, anatomopathologie, médecine nucléaire et radiothérapie, se termineront en mars 2021

Pour les actes de consultations et d'avis, c'est le groupe de l'Université de Gand qui assure la mission de l'INAMI. Le Pr TRYBOU a exposé la méthodologie qu'ils comptent utiliser. Avec le Pr ANNEMANS, ils vont étudier les différents systèmes internationaux et prendre en compte des éléments comme la coordination des soins, le caractère multidisciplinaire, la permanence, e-health, la communication et la collaboration avec les autres médecins et les autres soignants. Sur cette base ils vont créer une « épreuve » de nouvelle nomenclature. Ils feront une proposition pour, primo, des médecins individuels et, secundo, pour une médecine de groupe. Les médecins spécialistes devront être très vigilants quant à savoir si les modèles respectent la liberté de choix des patients et la pratique extrahospitalière de la médecine spécialisée

Dans les années 2016 à 2018, le GBS a déjà activement pris part à la mission de la ministre DE BLOCK confiée aux professeurs LECLERCQ et PIRSON concernant la détermination de la valeur de la

nomenclature au sein d'une spécialité. Les experts délégués par le GBS ont contribué à valider, par spécialité, le temps, la complexité et le risque d'une sélection de prestations dans le cadre de la nomenclature actuelle. Le GBS offre également ses services et son expérience aux autres groupes d'experts.

À partir de décembre 2019, les travaux relatifs aux articles et spécialités suivants débuteront : article 14 j : urologie ; article 14 e : chirurgie thoracique ; article 14 i : ORL ; article 20 b : pneumologie ; article 20 e : cardiologie.

Si vous souhaitez partager avec votre union professionnelle vos réflexions sur la révision de la nomenclature de votre spécialité, vous pouvez nous communiquer vos nom et coordonnées à info@gbs-vbs.org.

Le GBS reste confiant et a la volonté de participer à l'amélioration de notre système de santé par un financement, juste et équitable des médecins généralistes et des médecins spécialistes, mais surtout avec une transparence totale de tous les flux financiers.

Rendez-vous en 2023-2024.

Jean-Luc Demeere
Président

<p align="center">Modification du modèle de PRESCRIPTION des MÉDICAMENTS des patients ambulatoires</p>

À partir du 01.11.2019, un nouveau modèle de prescription de médicaments sera d'application, conformément à l'AR du 02.10.209 modifiant l'AR du 08.06.1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés (MB 15.10.2019).

La différence par rapport au modèle précédent est que désormais, le délai dans lequel le pharmacien peut délivrer un médicament au patient et le délai dans lequel ce médicament est indemnisable, se montera à 3 mois standard à compter du jour auquel le prescripteur a établi la prescription.

Si le prescripteur estime que cela est nécessaire, en raison de la situation spécifique du patient, il pourra toujours fixer une durée de validité plus courte ou plus longue que les 3 mois « standard » prévus. Il devra l'indiquer sur l'ordonnance, dans le champ prévu à cet effet si la prescription est électronique, ou dans le champ « Date de fin pour l'exécution » dans le cas d'une prescription papier. La durée de validité fixée par le prescripteur ne sera jamais supérieure à 1 an, à compter de la date à laquelle il a établi la prescription. Dans ce cas aussi, la date de fin de validité telle que fixée par le prescripteur, doit figurer explicitement sur la prescription papier ou la preuve de prescription électronique.

Le modèle de prescription valable jusqu'à présent peut encore être utilisé jusqu'au 31 janvier inclus.

Pour imprimer les carnets de prescription, vous pouvez entre autres vous adresser au [Journal du Médecin](#) ou à un imprimeur de votre choix.

ASSURANCE HOSPITALISATION pour les membres du GBS : couverture très étendue à un tarif compétitif

Chaque année, 1 famille sur 3 est confrontée à une hospitalisation. Le nombre d'admissions à l'hôpital continue d'augmenter et la facture moyenne d'une hospitalisation est de plus en plus élevée.



Le coût du traitement des maladies graves et des affections qui mettent la vie en danger, est également de plus en plus élevé. En tant que médecins, nous et nos familles ne sommes évidemment pas à l'abri de ce constat objectif.

Comme dans d'autres domaines des assurances, le GBS a, de longue date, considéré qu'il pouvait rendre service à ses membres en négociant, via son courtier d'assurance Concordia, **une formule d'assurance très étendue et à un coût largement préférentiel** à celui que chacun d'entre vous pourrait obtenir à titre individuel.

Le détail des garanties est consultable sur notre site www.gbs-vbs.org sous l'onglet « programme d'assurance GBS ».

En résumé¹, cette garantie prévoit le libre choix de l'hôpital, du médecin et du type de chambre. Non seulement les frais d'hospitalisation sont remboursés, mais aussi l'hospitalisation de jour, les frais avant et après hospitalisation (2 et 6 mois) ce tant en Belgique qu'à l'étranger. Les frais médicaux sont remboursés jusqu'à 3 fois le montant de l'intervention INAMI. En outre, les frais ambulatoires de 31 « maladies graves » sont remboursés tout au long de l'année.

En Belgique, vous bénéficiez également du **système tiers-payant via l'Assurcard**, votre assureur règle votre facture d'hospitalisation directement à l'hôpital. Avec l'assistance prévue en cas d'hospitalisation à l'étranger (par ex. rapatriement) et la possibilité d'une continuation individuelle de l'assurance au terme de votre adhésion au GBS, vous être totalement tranquille.

Les primes annuelles (incluant les taxes de 19,25 %) pour les 2 formules avec différentes franchises sont fixées comme suit :

Âge	Franchise 125 €/an/personne	Franchise 500 €/an/personne
0-19 ans	75,82€	59,61 €
20-49 ans	202,82€	159,44 €
50-64 ans	350,68 €	275,67 €
65-69 ans	663,46 €	521,56 €
≥ 70 ans	890,93 €	700,37 €

Le tarif augmente pendant la durée de votre contrat en fonction du passage d'une tranche d'âge à une tranche d'âge supérieure. Vous pouvez vous affilier jusqu'à l'âge de 65 ans.

Qu'est-ce qui, entre autres choses, n'est pas couvert ?

- Traitements esthétiques ou de rajeunissement.
- Traitements contraceptifs, stérilisation et insémination artificielle.
- Maladies ou accidents causés par l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage abusif de médicaments

Si vous êtes intéressés et que vous décidez de vous affilier ou si vous souhaitez simplement obtenir de plus amples informations, nous vous invitons à contacter Bertrand Stienlet, votre interlocuteur chez Concordia :

E-mail : bstienlet@concordia.be | téléphone : 02/423 11 03 | Rue du Commerce 72 à 1040 Bruxelles

¹ Le but de ces informations est de vous fournir un aperçu des principales couvertures et exclusions relative à ce produit. Ceci n'est pas adapté à vos besoins spécifiques et les informations ne sont pas exhaustives. Pour plus d'informations, vos droits et obligations, veuillez consulter les Conditions générales, tarifaires et/ou particulières d'assurance avant de souscrire auprès de notre intermédiaire d'assurance Concordia.

ACCREDITATION : adaptation du SEUIL D'ACTIVITÉ (en vigueur 01.12.2019)

13 SEPTEMBRE 2019. - Arrêté ministériel portant exécution de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif à l'accréditation des médecins (MB 11.10.2019)

Article 1er. Le seuil d'activité tel que formulé dans l'article 122octies/1er, § 1er, 5), de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est fixé comme suit:

1° Pour les médecins généralistes : 1.250 contacts patients par année civile;

2° Pour les spécialistes : soit une moyenne hebdomadaire de 13 heures d'activité clinique, soit les nombres de contacts suivants et/ou respectivement les valeurs de prestation suivantes fixées par l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, conformément à la spécialité du médecin:

- Anesthésiologie: 500 ou 10.000 K
 - Chirurgie: 900 ou 13.000 K et/ou 16.000 N
 - Neurochirurgie: 700 ou 9.300 K
 - Chirurgie plastique: 800 ou 12.000 K
 - Gynécologie: 1.250
 - Ophtalmologie: 1.250
 - O.R.L.: 1.250
 - Urologie: 1.250 ou 12.000 K
 - Orthopédie: 1.200 ou 20.000 N
 - Stomatologie: 800 ou 12.000 K
 - Dermatologie: 1.500
 - Médecine interne: 1.000
 - Pneumologie: 1.000
 - Gastroentérologie: 800
 - Pédiatrie: 1.000
 - Cardiologie: 1.200
 - Neuropsychiatrie: 600
 - Pneumologie: 1.000
 - Psychiatrie: 600
 - Rhumatologie: 1.250
 - Médecine physique: 1.250
 - Anatomopathologie: 1.250
 - Radiodiagnostic: 1.250 ou 125.000 N
 - Radiothérapie: 400 points
- (1 consultation = 1 point, 1 simulation = 4 points)
- Médecine nucléaire: 625

3° L'activité doit être exercée dans le cadre de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994. Le Groupe de direction de l'accréditation peut néanmoins autoriser qu'au maximum la moitié de cette activité soit exercée en dehors du cadre de la loi coordonnée, à condition qu'elle le soit dans le cadre d'une pratique clinique normale.

Art. 2. La conformité aux conditions prescrites dans l'article 122octies/1er, § 1er, est vérifiée par une déclaration sur l'honneur du demandeur au moment de l'introduction de sa demande d'accréditation, comme prévu à l'article 122octies/2.

Cette déclaration sur l'honneur est une preuve réfragable. Cette preuve peut être refusée par le Groupe de direction de l'accréditation dans les délais définis par la loi en matière de délai de

prescription de droit commun de paiements indus. Tous les moyens de preuve légaux sont admissibles à cet effet.

Les éléments suivants constituent en tout cas des motifs de refus d'une déclaration sur l'honneur:

1° Soit l'absence de numéro INAMI actif, conformément à la base de données qu'utilise l'INAMI à cet effet au moment où une période d'accréditation est censée débiter, soit l'absence de numéro actif pendant une période de 15 jours dans l'intervalle d'une période d'accréditation en cours;

2° Soit l'absence d'inscription dans un groupe local d'évaluation de la qualité médicale, conformément à l'application de gestion de ces groupes telle que mise à disposition par l'INAMI au moment où une période d'accréditation est censée débiter, soit l'absence d'inscription pendant une période de deux mois civils dans l'intervalle d'une période d'accréditation en cours;

3° Soit l'absence d'un nombre suffisant d'activités dans le contexte de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994, conformément aux prestations libellées dans la nomenclature des prestations de santé, comptabilisées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, comme prévu à l'échéance du délai dans lequel les attestations de soins donnés peuvent être introduites en vue d'un remboursement, pour la totalité de l'année civile concernée.

La disposition au 3° n'est toutefois pas applicable aux médecins qui, au cours de l'année de référence, ont exercé la médecine forfaitaire au sens de l'article 52 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994. Une vérification de la déclaration sur l'honneur de ces médecins est entre autres possible sur la base des données rassemblées dans le cadre des profils par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et/ou sur la base de l'enregistrement des données tel que prévu dans les règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations, sans toutefois qu'un refus de la déclaration sur l'honneur ne s'ensuive en tout cas.

A l'exception du premier alinéa, seule une preuve écrite est acceptée concernant la formation suivie. De plus, en ce qui concerne les participations à des formations en Belgique et des réunions du groupe local d'évaluation de la qualité médicale (GLEM), ces participations peuvent uniquement être acceptées si elles ont été enregistrées à temps par les organisateurs responsables, ou les responsables de GLEM, dans l'application mise à disposition par l'INAMI.

Art. 3. La demande d'accréditation est introduite soit par lettre adressée au Groupe de direction de l'accréditation du Service des soins de santé de l'INAMI, avenue de Tervueren 211 à 1150 Bruxelles, au moyen du formulaire disponible sur le site web de l'INAMI, soit via l'application de l'INAMI disponible sur le même site web.

La demande est introduite uniquement via l'application susmentionnée; si la demande du fait de l'application s'avère impossible de manière persistante, la demande est introduite de manière électronique, via le formulaire susmentionné, auprès du Service accréditation des médecins et pharmaciens-biologistes de l'INAMI à l'adresse email de ce Service telle que communiquée sur le site web de l'Institut.

La demande comporte la déclaration sur l'honneur, comme spécifié dans l'article 2, ainsi que la preuve de toutes les formations continues, pour autant que cette preuve n'ait pas déjà été reprise dans l'application de l'INAMI précitée, ainsi que toute preuve de situation exceptionnelle que le médecin estime pouvoir invoquer, à l'instar par exemple de celles prévues dans l'article 1er, 3°, du présent arrêté et dans l'article 122octies/6 de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996.

Art. 4. Peuvent uniquement être valorisées comme formations continues, conformément à l'article 122octies/4, à l'exception de ce qui concerne les credit points (CP) accordés aux réunions du groupe local d'évaluation de la qualité médicale, les formations agréées par le Groupe de direction de l'accréditation en exécution de l'article 122quater, § 5, 3°, de l'arrêté royal précité du 3 juillet 1996.

Art. 5. Une maladie, un accident de travail ou une maladie professionnelle qui entraînent une incapacité telle que visée dans la loi coordonnée précitée ou dans l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, de même qu'une inactivité en conséquence du repos de maternité visé à l'article 32, alinéa premier, 4°, de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994 pendant une période d'accréditation, suspendent, pour l'année d'accréditation où ces risques interviennent, les conditions de l'article 122octies/4 et le seuil d'activité imposé conformément à l'article 122octies/1er pour l'année d'accréditation suivante, avec déchéance du forfait d'accréditation pour le médecin qui fait usage de cette éventualité. Si la période d'incapacité de travail dépasse l'année d'accréditation, la période d'accréditation peut être suspendue.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit sa publication au Moniteur belge.

MODIFICATION de l'AR instituant des AVANTAGES SOCIAUX (en vigueur 01.01.2017)
--

19 SEPTEMBRE 2019. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins (MB 21.10.2019)

Article 1er. L'article 1er, § 4, de l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins, est complété par un alinéa rédigé comme suit: "Le calcul du seuil minimum s'opère exclusivement sur la base des prestations qui ont été enregistrées sous le nom personnel du médecin, complétées des prestations qui ont été dispensées individuellement par le médecin, mais qui ont été enregistrées légalement sous le nom d'une tierce personne, moyennant une preuve écrite de cette construction et une déclaration sur l'honneur du tiers responsable quant à la part de prestations pour l'ensemble de l'année de référence à attribuer au médecin individuel. Pour les médecins actifs à l'étranger durant l'année de référence, une déclaration sur l'honneur à ce sujet suffit comme preuve de l'atteinte du seuil minimum."

Art. 2. Dans l'article 1er de de l'arrêté royal du 6 mars 2007 précité, sont insérés les paragraphes 5/1 à 5/4 rédigés comme suit: " § 5/1. Les médecins qui durant l'année de référence ont effectivement dispensé des prestations qui sont prises en charge par l'assurance obligatoire, mais sans que celles-ci ne soient reprises dans les prestations individuellement attestables enregistrées, sont censés satisfaire à la condition en matière de seuil d'activité fixée au § 4, moyennant une preuve écrite de cette prestation à raison d'une moyenne de 13 heures par semaine durant l'année de référence. Il faut entendre par là en particulier les médecins qui sont intéressés à une activité clinique dans des centres de transfusion et dans les centres (de rééducation fonctionnelle) fédéraux financés par l'INAMI. § 5/2. Les médecins qui durant l'année de référence ont effectivement collaboré avec l'assurance obligatoire pour des prestations aux fins de remplir des tâches cliniques qui constituent une contribution à l'exécution de l'assurance obligatoire, mais sans que celles-ci ne soient reprises dans les prestations individuellement attestables enregistrées ou sans pour autant dispenser nécessairement eux-mêmes des prestations, sont censés satisfaire à la condition en matière de seuil d'activité fixée au § 4, moyennant une preuve écrite de cette prestation à raison d'une moyenne de 13 heures par semaine durant l'année de référence. Il faut entendre par là en particulier les médecins qui sont intéressés explicitement à une activité clinique en milieu hospitalier, en particulier mais de manière non limitative les hygiénistes hospitaliers, les médecins-chefs, les chefs de service et équivalents, à l'exclusion des médecins actifs dans une fonction essentiellement administrative comme la gestion (de données) et l'administration. § 5/3. Les médecins peuvent faire valoir qu'ils ont atteint le seuil d'activité par un cumul du remboursement de prestations, les prestations fixées à

l'article 1er, § 5/1 et les prestations fixées à l'article 1er, § 5/2, l'activité étant calculée comme total des fractions par rapport au seuil d'activité respectif.

Les médecins qui, se référant ou non à l'alinéa précédent, atteignent un total s'élevant au minimum à la moitié du seuil d'activité tel que fixé dans l'article 5bis, § 1, 2°, sont censés avoir atteint le seuil d'activité réduit. § 5/4. Les médecins qui se réfèrent aux dispositions fixées aux §§ 1-3 pour les avantages sociaux des années 2017, 2018 et 2019 peuvent, par dérogation à l'article 2, § 5, compléter la demande individuelle d'avantages sociaux via le formulaire mis à leur disposition par le Service des soins de santé, à peine de forclusion, dans un délai se terminant le 31 décembre 2019. Ces demandes sont dispensées des dispositions de l'article 2, § 6.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er janvier 2017.

MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

MONITEUR BELGE 22.10.2019 :

- **AR du 02.10.2019 – art. 12, § 1, a), de la nomenclature (ANESTHÉSIE administrée lors d'une prestation)**
envoyé aux membres de l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie et réanimation le 22.10.2019 : [e-spécialiste n° 759 : adaptation nomenclature anesthésie traitement tache lie de vin](#)

MONITEUR BELGE 22.10.2019 :

- **AR du 29.09.2019 – art. 18, § 2, B., e) et 24, § 1, de la nomenclature (BIOLOGIE CLINIQUE et MÉDECINE NUCLÉAIRE IN VITRO)**
envoyé aux membres de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en biopathologie médicale et de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en médecine nucléaire, le 15.10.2019 : [e-spécialiste n° 757 : dosage de la perte osseuse dans le sang](#)

RÉUNIONS DE CONSENSUS DE L'INAMI

- **INSCRIPTION** – Le Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments organise une réunion de consensus sur « **L'usage rationnel des antalgiques non opioïdes en cas de douleur chronique** », le **jeudi 5 décembre** (9h00 – 17h00). Vous trouverez le programme sur www.inami.fgov.be > Publications. Vous pouvez vous inscrire en renvoyant votre formulaire d'inscription complété avant le 20.11.2019. Ce formulaire est disponible sur demande, par e-mail : consensus@riziv-inami.fgov.be ou par courrier postal : INAMI, Service des soins médicaux – Direction Politique pharmaceutique, M. Herman Beyers, Avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles.

Votre inscription ne sera définitive qu'après réception d'une confirmation envoyée par le secrétariat de l'INAMI. Le nombre de places est limité à 200. La participation à cette réunion de consensus est gratuite. Accréditation demandée à la rubrique « Éthique et Économie ».

- **COMPOSITION DU JURY** – Il a été demandé aux organisations médicales de déléguer 3 spécialistes (des deux régimes linguistiques) pour siéger au jury de la réunion de consensus « **L'usage rationnel des antipsychotiques (à l'exception de la schizophrénie et de la maladie de Parkinson)** » qui aura lieu le **jeudi 28 mai 2020** à l'Auditorium Lippens (Bibliothèque royale) à Bruxelles. Sont aussi concernés : les gériatres, les internistes généraux et les pneumologues.

Si vous voulez vous porter candidat ou souhaitez de plus amples informations, prenez vite contact avec le GBS (tél. 02/649 21 47 – info@gsb-vbs.org).

BSR ANNUAL MEETING 2019
Pelvic imaging and leadership-management quality

08:30-09:00	Registration	
	PARALLEL SESSION – REGULAR MEETING	PARALLEL SESSION – YRS MEETING
09:00-10:30	<p align="center">Male pelvic imaging</p> <p>Moderators: Lieven Van Hoe (OLV Aalst-Asse-Ninove), Katelijin Pannecoek (UZ Gent, YRS)</p> <p>Lecturers: Pieter De Visschere (UZ Gent), Geert Villeirs (UZ Gent), Puttemans Thierry (CSP Ottignies)</p>	<p align="center">Challenges and opportunities in radiology: a case-based approach</p> <p>Moderators: Cedric Bohyn (UZ Leuven, YRS), Martijn Grieten (ZOL Genk)</p> <p>Lecturers: Martijn Grieten (ZOL Genk), Walter de Wever (UZ Leuven), Frederik Maes (KU Leuven)</p>
10:30-11:00	Coffee break	
	PARALLEL SESSION – REGULAR MEETING	PARALLEL SESSION – YRS MEETING
11:00-12:30	<p align="center">Female pelvic imaging</p> <p>Moderators: Barbara Geeroms (UZ Leuven, YRS), Pieter De Visschere (UZ Gent)</p> <p>Lecturers: Astrid Van Hoyweghen (UZ Antwerpen), Andrea Rockall (Imperial College London, UK), Vincent Vandecaveye (UZ Leuven)</p>	<p align="center">How to improve the reputation of radiology</p> <p>Moderators: Mathieu Deltomme (UZ Leuven, YRS), Kristof De Smet (AZ Delta Roeselare)</p> <p>Lecturers: Martin Lavaerts (UZ Leuven, YRS), Olivier Ghekiere (Jessa Ziekenhuis Hasselt), Lieven Van Hoe (OLV Aalst-Asse-Ninove)</p>
12:30-14:00	Lunch	
14:00-14:30	Message from the President – Geert Villeirs	
14:30-16:00	Radiation protection	
	<p>Moderators: Anne-Sophie Vanhoenacker (UZ Leuven, YRS), Nicolas De Vos (UZ Gent, YRS)</p> <p>Lecturers: Katrien Van Slambrouck (FANC/AFCN), Patrik Aerts (OLV Aals-Asse-Ninove), Hilde Bosmans (UZ Leuven), Philippe Clapuyt (UCL Saint-Luc Woluwe-Saint-Lambert), Aart J. van der Molen (UMC Leiden, NL)</p>	

Brussels 44 Center - (Passage 44) - Kruidtuinlaan 44 Bld du Jardin botanique, 1000 Brussels
Accreditation requested

Please register online at: <https://bsr.formstack.com/forms/bsrsymposium19>

Registration fees (incl. lunch)

	Before 31/10	After 31/10	On site
BSR member	€ 130	€ 150	€ 180
Non-member	€ 180	€ 200	€ 220
Radiologist in training	€ 60	€ 60	€ 60

SAVE THE DATE

**ASSOCIATION PROFESSIONNELLE
D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION
APSAR**

CONGRÈS ANNUEL SAMEDI 18.01.2020

BluePoint Brussels

PROGRAMME DISPONIBLE PROCHAINEMENT SUR WWW.GBS-VBS.ORG

Votez pour le « Spécialiste de l'Année » du 01/11 au 22/11

Le cinquième et dernier portrait des nominés pour le Spécialiste de l'Année 2019 paraîtra le 31 octobre. À partir du 1 novembre, vous pourrez voter pour le candidat de votre choix sur le site internet du Journal du Médecin (www.lejournaldumedecin.com).

Les cinq nominés néerlandophones sont: Luc Colemont, gastro-entérologue, Geert Dom, psychiatre, Chantal Mathieu, endocrinologue, Marc Moens, biologiste clinique et Geert Verleden, pneumologue. Les cinq nominés francophones sont : Paul Colson, urgentiste, Caroline Depuydt, psychiatre, Jean-Michel Foidart, gynécologue, Jean-Paul Lechat, anesthésiste et Michel Pletincx, pédiatre. Noter que vous pouvez voter pour des spécialistes des deux régimes linguistiques.

Voter est possible jusqu'au vendredi 22 novembre inclus. À minuit, les votes seront clôturés et le lendemain matin, les lauréats néerlandophone et francophone seront proclamés à Living Tomorrow Vilvoorde, au début du symposium « Une vision d'avenir pour la médecine spécialisée ». Le [flyer](#) de cet événement se trouve en annexe de ce bulletin.

Wouter Beke, ministre du Bien-Être, de la Santé publique, de la Famille et de la Lutte contre la Pauvreté (gouvernement flamand) et **Valérie Glatigny**, Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de la Promotion sociale, des Hôpitaux universitaires, de l'Aide à la jeunesse, des Maisons de Justice, de la Jeunesse, des Sports et de la Promotion de Bruxelles de la Fédération Wallonie-Bruxelles (gouvernement Fédération Wallonie-Bruxelles) décerneront le prix du Spécialiste de l'Année 2019, respectivement au lauréat néerlandophone et au lauréat francophone.

ANNONCES – AUSSI DISPONIBLES SUR WWW.GBS-VBS.ORG

19043 BRUXELLES

La Clinique Saint-Jean recherche un médecin-spécialiste en RADIOLOGIE polyvalent temps plein avec éventuellement un tropisme pour l'ostéo-articulaire, la neuroradiologie et/ou la radiologie vasculaire. L'équipe actuelle comprend 9 radiologues. Le service dispose actuellement de trois CT-scanners, une IRM 1,5 T, trois salles d'échographie, cinq salles de radiologie conventionnelle, d'une Clinique du sein et d'une salle d'angiographie. Le bilinguisme FR/NL est un atout. Conditions : 9/10e, début à partir du 1er avril 2020. Pour plus d'informations, et pour envoyer votre candidature et vos références éventuelles : Dr Christian Venet, chef de service radiologie, cvenet@clstjean.be ou 02/221.91.34.

19041 LIEGE

Le centre Santé 98, situé à Saint Georges sur Meuse, recherche pour compléter son équipe, des médecins spécialistes : ENDOCRINOLOGUE, RHUMATOLOGUE, PHYSIOTHÉRAPEUTE, MÉDECIN DU SPORT, NEUROLOGUE, PÉDIATRE, ORL, UROLOGUE... Le centre est doté d'un environnement de travail confortable et ergonomique. Venez le visiter pour vous rendre compte. Pour plus d'informations, consulter notre site internet ou appelez nous au 0497/491 494.

19040 MORLANWELZ

L'Asbl ACACIA POLYCLINIQUE DE MORLANWELZ (7140- HAINAUT) recherche un(e) PNEUMOLOGUE pour une ou deux prestation(s) par semaine pour reprise d'activité existante dans un centre dynamique et familial. Fortes demandes, belle patientèle assurée. Contact : 0496 54 41 42 ou 064 45 15 27 (DR LOUILLET Marc), ou par mail : compta.acacia@outlook.be

Table des matières

* Révision de la nomenclature : déploiement à grande échelle.....	1
* Modification du modèle de prescription des médicaments des patients ambulatoires.....	3
* Assurance hospitalisation pour les membres du GBS	4
* Accréditation : adaptation du seuil d'activité (en vigueur 01.12.2019)	5
* Modification de l'AR instituant des avantages sociaux (en vigueur 01.01.2019)	7
* Modifications de la nomenclature.....	8
* Réunions de consensus de l'INAMI.....	8
* BSR Annual Meeting Teach the Teacher	9
* Votez pour le « Spécialiste de l'Année » du 1/11 au 22/11	10
* Annonces	10