
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
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° 9 / DECEMBRE 2001

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

***Le GBS vous souhaite à vous ainsi qu'à votre famille
de bonnes fêtes de fin d'année
et vous présente ses meilleurs voeux de bonheur et de réussite pour 2002.***

LES TARIFS A PARTIR DU 1.1.2002

Les tarifs de la convention en euros applicables à partir du 1^{er} janvier 2002 pourront être consultés sur notre website www.gbs-vbs.org d'ici quelques jours. Si vous ne disposez pas d'une connexion à Internet, les tableaux des tarifs qui vous intéressent vous seront envoyés par la poste ou par fax sur simple demande. Veuillez noter que nos bureaux sont fermés les lundis 24 et 31 décembre.

Mesures d'économies

Sous la pression du gouvernement, la Commission nationale médico-mutualiste a adopté, le 17 décembre dernier, une série de propositions de modifications de la nomenclature, parmi lesquelles (les montants figurent entre parenthèses) :

- représentant une économie globale de 1.676,7 millions de BEF, une série de coupes sombres dans les anesthésies pour les prestations interventionnelles (34) et les échographies vasculaires (160). Un certain nombre de prestations comme le tubage gastrique (112232/243) (10), le sondage vésical (113035/046) (47), la ponction articulaire (355390/355401) (337), l'enregistrement graphique des signaux foeto-maternels sur base de l'effet Doppler (en dehors des prestations obstétricales) (432272/283) (60), l'irradiation de sang (442116/442120) (60), le supplément pour déleucocytation au lit du patient (149192/203) (40) sont supprimées.

Il n'y a plus d'honoraires pour la surveillance médicale lors d'une transfusion de sang (149170/181) (100). La prestation continue pourtant à exister car cette prestation fournit un forfait en hôpital de jour.

La valeur relative de la prestation 475812/823 (épreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu) baisse de K35 à K30 (88). Les économies en médecine nucléaire in vivo s'élèvent à 135,4 millions.

En outre, des économies sont encore réalisées à hauteur de 50 % pour la gingivectomie (317074/085) (62), de 20% pour le monitoring de Holter (476210/221, 476232/243, 476254/265) (126,1), de 10 % pour l'EMG (477116/120, 558552/563) (83), de 10% pour l'EEG (477131/142) (110), de 10% pour l'ECG (475075/O86) (194) et de 10% pour la tympanoscopie (258812/823) (30).

Par ailleurs, plusieurs propositions formulées précédemment par le Conseil Technique Médical ont été retirées : la réduction de la consultation en cas de cumul avec des prestations technico-diagnostiques supérieures à 3.000 BEF et la suppression du remboursement pour la présence du médecin traitant lors d'une intervention chirurgicale.

-pas de poursuite de la forfaitarisation de l'imagerie médicale mais des adaptations ponctuelles de la nomenclature (économie de 647,9 millions) .

-propositions concernant la nomenclature de la cardiologie (adaptations de l'A.R. du 8 décembre 2000) .

-propositions visant à la scission de la nomenclature pour l'échographie selon que les prestations sont effectuées par des radiologues ou des non-radiologues.

-propositions concernant la nomenclature de la consultation oncologique multidisciplinaire.

Ces propositions doivent cependant encore être approuvées officiellement par le ministre avant d'être soumises sous forme d'arrêtés d'exécution au Comité de l'Assurance. Ces mesures devraient entrer en vigueur le 1^{er} avril 2002.

L'EURO ET VOTRE FACTURATION

1. A partir du 1er janvier 2002

A partir du 1er janvier 2002, tout le monde pourra enfin payer en euro. Toutes les opérations bancaires devront alors uniquement se faire en euro.

Pour éviter toutes difficultés de paiement, une période de double circulation des monnaies (franc belge et euro) est prévue pendant deux mois, à savoir jusqu'à la fin du mois de février 2002. Le franc belge restera donc valable comme moyen de paiement jusqu'au 28 février 2002 inclus. Les commerçants remettront exclusivement la monnaie en euro, dans la mesure du possible.

A partir du 1er janvier 2002, les mutualités et les caisses de prévoyance paieront les prestations en euro. Il s'agit tant des interventions pour soins de santé (prestations de médecins, dentistes, kinésithérapeutes, hôpitaux, maisons de repos et de soins, ...) que des indemnités (de maladie, d'accident, de maternité ou de décès, d'invalidité pour ouvriers mineurs).

L'INAMI communiquera les tarifs Euro des prestations aux mutualités et aux dispensateurs de soins.

Au cours de la période de double circulation (du 1er janvier 2002 au 28 février 2002), vous pouvez, si nécessaire, par exemple en cas de consultation d'un médecin, encore payer en francs belges.

Contrairement à ce qui est prévu pendant la période de transition, le calcul des prestations doit exclusivement se faire en euro à partir de 2002.

Cela signifie par exemple que pour les indemnités représentant un pourcentage du salaire, le montant non arrondi de l'indemnité en francs belges (donc avec 2 chiffres après la virgule) au 31 décembre 2001 est converti en euro pour fixer le montant au 1er janvier 2002.

Quant aux montants de base (minima, maxima, ...), leur valeur en euro a été fixée au 1 janvier 2000. Il suffit d'appliquer le coefficient d'indexation pour obtenir le montant à l'indice-pivot en vigueur au 1er janvier 2002.

2. Usage de l'unité monétaire dans le régime du tiers payant

Vous trouverez ci-après des informations spécifiques concernant l'utilisation de l'unité monétaire (BEF ou EUR) par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs (O.A.) dans le cadre du régime du tiers payant.

Le régime du tiers payant est un système spécial d'intervention de l'assurance maladie obligatoire dans le remboursement des prestations de santé. Ce régime implique qu'un patient paie uniquement le ticket modérateur au dispensateur de soins (hôpital, kinésithérapeute, etc.). Avec la mutualité du patient, le dispensateur décompte ensuite l'intervention de l'assurance obligatoire dans le prix de la prestation.

Etant donné que les différentes étapes de décompte (tarification, facturation, expédition, réception, contrôle, comptabilisation, paiement) peuvent s'étaler sur un mois ou une période encore plus longue, des règles particulières sont nécessaires dans le cadre de la conversion en euros.

A. Règle générale de l'usage de l'unité monétaire (BEF ou EUR)

Dans le secteur social, le basculement à l'euro aura lieu le 1er janvier 2002.

Par conséquent, la règle générale également applicable à l'assurance soins de santé est la suivante :

- jusqu'au 31 décembre 2001, la facturation et les interventions de l'assurance soins de santé seront exprimées et rapportées dans les différents documents réglementaires (attestations de soins donnés, documents comptables des organismes assureurs) en francs belges ;
- à partir du 1er janvier 2002, tous les documents seront établis en euro.

B. Le basculement à l'euro dans le régime du tiers payant

Dans le cadre du régime du tiers payant, la règle générale (voir point A) ne permet pas de résoudre toutes les situations parce que la transmission de l'information figurant sur les attestations de soins donnés ne s'effectue pas de façon instantanée entre les dispensateurs de soins et les organismes assureurs (O.A.) qui les comptabilisent dans les documents comptables de l'assurance obligatoire. Dans le cadre du régime du tiers payant, les différentes étapes du processus (tarification, facturation, expédition, réception, contrôle, comptabilisation, paiement) peuvent s'étaler sur un mois ou une période encore plus longue.

Ce processus de tarification-comptabilisation s'étendra donc de part et d'autre de la date de basculement. Or, avant la date de basculement, les dispensateurs de soins sont tenus d'utiliser les tarifs établis en francs belges et, après la date de basculement, les organismes assureurs doivent établir leurs documents comptables et statistiques en euro. Par conséquent, il y a lieu de convenir de

règles particulières pour la conversion des prestations effectuées par les dispensateurs de soins avant la date de basculement et remboursées par les organismes assureurs après cette date.

Quatre situations peuvent se présenter. Ces différents cas de figure sont décrits ci-après. Vous les retrouverez également dans la représentation graphique ci-dessous.

1) Application de la règle générale dans le régime du tiers payant

1. Tout processus de tarification-comptabilisation qui se termine avant le 1er janvier 2002 se déroule entièrement en francs belges (cas 1 du graphique).
2. Pour les prestations réalisées à partir du 1er janvier 2002, le processus de tarification-comptabilisation se déroule entièrement en euro (cas 4 du graphique).

2) Règles particulières pour l'usage de l'unité monétaire dans le régime du tiers payant

Les règles particulières visent à convenir à quel moment et par qui il y a lieu de convertir les montants en euro lorsque le processus de tarification - de comptabilisation chevauche sur deux périodes d'unités monétaires.

Il y a lieu de rappeler d'abord les principes suivants.

Principes

1. A partir du mois de janvier 2002 tous les documents comptables en matière de soins de santé doivent être transmis aux organismes assureurs et à l'INAMI, exprimés en euro.
2. C'est la date de réception de la facture "tiers payant" qui est déterminante pour fixer la période dans laquelle les remboursements sont comptabilisés dans les documents réglementaires pour les soins de santé. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception du support magnétique au sein de l'organisme assureur qui détermine ladite période.
3. Le dispensateur de soins est tenu de remettre ses attestations de soins donnés dans un délai de deux mois suivant la fin du mois au cours duquel les prestations ont été effectuées.
4. L'action relative au paiement des prestations de santé se prescrit deux ans après la fin du mois au cours duquel les soins ont été dispensés.

Corollaire

Les montants de toutes les factures réceptionnées après le 1er janvier 2002 et relatives à des prestations effectuées avant le 1er janvier 2002 devront être convertis en euro en cours de processus.

En effet, d'une part les prestations doivent être facturées sur la base du tarif en francs belges (par exemple de 2001) et d'autre part, les remboursements doivent être comptabilisés en euro.

A qui appartient la charge de la conversion ?

1. Etant donné le délai de prescription de deux ans pour la facturation des prestations de santé, la règle suivante est applicable pour le régime du tiers payant :

*"Les prestations qui ont été effectuées avant le 1er janvier 2002 et qui sont facturées dans le cadre du régime du tiers payant après cette date devront l'être en euro. Le tarif de base est celui de la période correspondante exprimé en francs belges. Dans ce cas, **il appartient au dispensateur de soins de convertir** en euro les montants facturés à l'organisme assureur (O.A.) et ceci jusqu'au niveau de détail par code ou pseudo-code de la nomenclature ou par code de produit pharmaceutique et produits y assimilés pour la tarification ou par code journée d'hospitalisation et code pour d'autres remboursements forfaitaires."*

Il s'agit du cas 3 de la représentation graphique.

2. Afin d'amortir la fin du processus de facturation en francs belges et de compenser les éventuels retards des dernières facturations en francs belges, une période tampon du 1er janvier au 15 janvier 2002 a été aménagée pour réceptionner durant le début de l'ère euro les dernières facturations réalisées en francs belges.
Dans ce cas, c'est l'organisme assureur (O.A.) qui doit convertir en euro les montants qui ont été facturés en francs belges. Cette convention est formalisée dans la règle suivante :

"Les organismes assureurs doivent convertir en euro les factures réceptionnées avant le 16 janvier 2002 et qui concernent des prestations effectuées avant le 1er janvier 2002 et qui sont facturées en francs belges par le dispensateur de soins dans le cadre du régime du tiers payant."

Il s'agit du cas 2 de la représentation graphique.

3) Applications spécifiques des règles particulières

a. De la réintroduction des données rejetées

Lorsque les données rejetées sont réintroduites par le dispensateur de soins avant le 1er janvier 2002, la nouvelle tarification ou la nouvelle facturation s'effectue en francs belges, de même que la comptabilisation effectuée par les organismes assureurs.

Lorsque les données rejetées sont réintroduites sur facture papier et support magnétique entre le 1er janvier et le 15 janvier 2002, la nouvelle tarification ou la nouvelle facturation peut encore être effectuée par le dispensateur de soins en francs belges. Cependant, la comptabilisation par les organismes assureurs s'effectuera en euro.

La réintroduction après le 15 janvier 2002 des données rejetées doit se faire en euro. La charge de la conversion appartient aux dispensateurs de soins.

Si le support magnétique a été rejeté dans son ensemble mais que la facture papier reste inchangée et qu'il a été introduit avant le 16 janvier 2002, le support magnétique peut être réintroduit en francs belges jusqu'au 31 janvier 2002. Après cette date, le support magnétique doit être réintroduit en euro mais la facture papier peut rester libellée en francs belges.

b. Des tickets modérateurs

Les tickets modérateurs qui sont mentionnés sur la facture dans le cadre du tiers payant doivent être libellés dans la même devise que celle utilisée pour les remboursements de l'assurance figurant sur la facture, même si le décompte par rapport au patient a été effectué dans l'autre devise.

Les données que les organismes assureurs doivent communiquer à l'Institut concernant les tickets modérateurs suivent les mêmes règles que celles valables pour les dépenses comptabilisées pour les prestations.

c. Des récupérations ou des régularisations concernant des prestations effectuées avant le 1er janvier 2002

Les montants sont fixés sur la base des tarifs en BEF mais sont convertis globalement par simple division par 40,3399. Ils sont comptabilisés sous des pseudo-codes de nomenclature spécifiques.

4) Insertion des règles en matière d'usage de l'euro dans le Règlement des prestations de santé

Les dispositions de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ont été adaptées à l'euro par le Règlement du 21 mai 2001 (M.B. du 27 juin 2001). Les règles en matière d'application de l'euro dans le régime du tiers payant sont inscrites dans l'article 9 septies decies, §§ 2 à 7 du Règlement.

Texte de l'article 9septies decies

« § 2. Toutes les facturations effectuées à partir du 1er janvier 2002 seront exprimées en euro.

§ 3. Tous les documents comptables et statistiques à introduire par les organismes assureurs relatifs aux remboursements de prestations de santé attestées sur des documents réglementaires réceptionnés à partir du 1er janvier 2002 sont exprimés en euro. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception du support magnétique qui détermine la période de comptabilisation.

§ 4. Les prestations qui ont été effectuées avant le 1er janvier 2002 et qui sont facturées dans le cadre du régime du tiers payant après cette date devront l'être en euro. Le tarif de base est celui de la période correspondante exprimé en franc. Il appartient au dispensateur de soins de convertir en euro les montants facturés à l'organisme assureur et ceci jusqu'au niveau de détail par code ou pseudo-code de la nomenclature ou par code de produit pharmaceutique et produits y assimilés pour la tarification. Cette conversion reposera sur le tarif unitaire en franc.

Par dérogation à l'alinéa précédent, il appartient aux organismes assureurs de convertir en euro les factures réceptionnées avant le 16 janvier 2002 et qui concernent des prestations effectuées avant le premier janvier 2002 et qui sont facturées en franc par le dispensateur de soins dans le cadre du régime du tiers payant. S'il y a un support magnétique, c'est la date de réception de celui-ci qui est déterminante.

§ 5. Lorsque dans le cadre du régime du tiers payant les données rejetées sont réintroduites par le dispensateur de soins avant le 1er janvier 2002, la nouvelle tarification ou la nouvelle facturation s'effectue en franc, de même que la comptabilisation effectuée par les organismes assureurs.

Lorsque les données rejetées sont réintroduites, sur papier ou sur support magnétique, entre le 1er janvier et le 15 janvier 2002, la nouvelle facturation peut encore s'effectuer par le dispensateur en franc. Cependant, la comptabilisation des organismes assureurs s'effectuera en euro dans les documents relatifs à 2002.

La réintroduction après le 15 janvier 2002 des données rejetées doit se faire en euro. La charge de conversion appartient aux dispensateurs de soins.

Si le support magnétique a été rejeté dans son ensemble mais que la facture-papier est inchangée et qu'ils ont été réceptionnés avant le 16 janvier 2002, le support magnétique peut être réintroduit en franc jusqu'au 31 janvier 2002. Après cette date, le support magnétique doit être réintroduit en euro mais la facture-papier peut rester en franc.

§ 6. Les tickets modérateurs qui sont mentionnés sur les documents dans le cadre du tiers payant doivent être libellés dans la même devise que celle utilisée pour les remboursements de l'assurance figurant sur la facture, même si le décompte par rapport au patient a été effectué dans l'autre devise.

Les données que les organismes assureurs doivent communiquer à l'Institut concernant les tickets modérateurs suivent les mêmes règles que celles valables pour les dépenses comptabilisées pour les prestations de santé.

§ 7. Les montants relatifs aux récupérations ou aux régularisations sont fixés sur base des tarifs en vigueur durant l'année concernée. Ils sont convertis globalement par division par 40,3399. Ils sont comptabilisés sous des pseudo-codes nomenclature et codes comptables spécifiques. »

**COMMUNIQUE DU FRONT COMMUN DES PROFESSIONS DE SANTE
22 OCTOBRE 2001**

Le Front Commun des Professions de Santé, composé des médecins, pharmaciens, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, logopèdes, bandagistes et diététiciennes, a pris connaissance avec stupéfaction du budget des soins santé fixé par le gouvernement inférieur aux calculs de l'INAMI de pratiquement 20 milliards.

Ce budget ne tient aucun compte des nouveaux besoins de la population ni du déficit structurel récurrent des hôpitaux que ces derniers répercutent sur les honoraires médicaux.

Depuis des années, l'augmentation des prestations de soins de santé, qui correspond à une augmentation des besoins semblable à celle que connaissent tous les pays occidentaux, est soit financée par des diminutions d'honoraires des prestataires, soit répercutée sur les patients pour maintenir les dépenses dans leur enveloppe. Cette situation ne sera bientôt plus tenable.

Les médicaments sont de plus en plus inaccessibles. Le gouvernement ne tient pas ses promesses de rembourser ou de rembourser plus rapidement les nouveaux médicaments capables de soigner des maladies autrefois incurables. Souvent, il en réserve le remboursement à un nombre de malades limité par des critères de rationnement.

Le gouvernement se prépare à augmenter encore les tickets modérateurs, c'est à dire, la participation personnelle des malades qui est déjà rédhibitoire. Il veut obliger les médecins à prescrire les génériques au prix le plus bas auxquels ceux-ci ne font pas confiance car la pression sur les prix pourrait se répercuter sur la qualité.

Le gouvernement a décidé d'amputer la kinésithérapie de plus de 10 % de son budget prétextant qu'il s'agit là de soins de confort. Les malades apprécieront...

Les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins seront amputées de près d'un milliard de FB de budget alors que la population vieillit et que le besoin de placement augmente rapidement.

A côté de cela, le gouvernement a décidé de nouveaux remboursements sans autre raison que démagogique comme celui des perruques.

Pour des raisons purement idéologiques, il a décidé d'ajouter un demi-milliard de FB au budget des soins infirmiers dans la seule intention de financer l'excès de dépenses lié au salariat alors que les mêmes soins réalisés par des infirmières indépendantes coûtent moins chers.

Le Front Commun des Professions de Santé s'insurge contre une telle évolution et souhaite attirer l'attention du public sur les conséquences d'une telle attitude.

Il est clair que cette sous-estimation du budget va réduire l'accessibilité aux soins en particulier pour les plus démunis et amener le rationnement, les listes d'attente, le refus de soins aux personnes âgées comme cela se passe déjà en Hollande et en Angleterre.

Association Belge de diététicien(ne)s en Langue Française (A.B.D.L.F.)

Association Belge des Pharmaciens (A.P.B.)

Association Belge des Syndicats Médicaux (A.B.Sy.M.)

Association des Kinésithérapeutes de Belgique (A.K.B.)

Chambres Syndicales Dentaires (C.S.D.)

Groupement des Unions Professionnelles Belges des Médecins Spécialistes (G.B.S.)

Le Cartel des Kinésithérapeutes (FNDLK – AKH – UGIK – C.S.K – C.B.K.)

Société de Médecine Dentaire (S.M.D.)

Union Francophone des Infirmières Indépendantes (U.F.I.I.)

Union Professionnelle des Bandagistes et Orthopédistes de Belgique (U.P.B.O.B.)

Verbond der Vlaamse Tandartsen (V.V.T.)

NORMES RELATIVES AU TAUX D'OCCUPATION SUSPENDUES SINE DIE AVEC EFFET RETROACTIF A PARTIR DU 1.1.2000

15 OCTOBRE 2001. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et les services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter (M.B. du 22.11.2001)

[...]

Article 1er. L'article 21 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, modifié par les arrêtés royaux, des 12 octobre 1993, 28 mars 1995 et 21 janvier 1998, est complété par un troisième alinéa, libellé comme suit :

« Par dérogation aux articles 16 et 18bis et l'alinéa 1er du présent article, les normes relatives au taux d'occupation ne seront pas appliquées à partir du 1er janvier 2000 et jusqu'à une date à fixer par Nous. ».

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2000.

Art. 3. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre des Affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 octobre 2001.

GESTION DE DONNEES DE SANTE

15 OCTOBRE 2001. - Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément des médecins spécialistes en gestion de données de santé (M.B. du 13.12.2001)

[...]

CHAPITRE I^{er}. - Définitions

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° données de santé :

a) les données anamnestiques, cliniques, médico-techniques, diagnostiques, thérapeutiques, socio-économiques relatives à des patients;

b) les données épidémiologiques relatives à l'état de santé physique ou mentale de populations saines ou malades, qu'elles soient en relation ou non avec la maladie ou des agents pathogènes, l'environnement ou le contexte socio-économique;

c) les données relatives aux systèmes de santé, aux coûts et à l'efficacité des interventions de santé et des programmes globaux d'intervention de santé.

2° gestion : la collecte, le stockage, la transmission, la codification, l'analyse des données et l'utilisation des résultats, ainsi que le développement d'outils appropriés.

CHAPITRE II. - Critères d'agrément

Art. 2. A condition de répondre aux critères mentionnés à l'article 3, peut être agréé comme médecin spécialiste en gestion de données de santé :

1° le titulaire du diplôme légal visé à l'article 2 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions soins de santé, qui justifie d'une expérience clinique d'au moins deux ans;

2° le médecin généraliste ou le médecin spécialiste, titulaire d'un des titres professionnels particuliers visés à l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, ayant en outre une compétence particulière en gestion de données de santé.

Art. 3. § 1. Les personnes visées à l'article 2 doivent, pour être agréées pour porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en gestion de données de santé, avoir suivi une formation d'au moins deux ans qui répond aux critères suivants :

1° avoir suivi une formation spécifique de niveau universitaire qui correspond au moins à une année de formation à temps plein et qui porte au moins sur les matières suivantes :

a) l'informatique, la télématique, la gestion de banques de données;

b) les statistiques et l'épidémiologie;

c) la codification des pathologies;

d) l'enregistrement des données médicales;

e) les principes d'économie de la santé, le management, la communication;

f) l'organisation des soins de santé en Belgique et dans d'autres pays;

g) la législation belge et internationale relative à la protection des données à caractère personnel et relative aux expérimentations cliniques;

h) la législation hospitalière belge;

i) les programmes d'intervention de santé et la gestion globale des pathologies;

j) des programmes d'assurance qualité;

2° et avoir effectué un stage d'une période équivalente à au moins un an temps plein dans un ou plusieurs services de stage agréés;

3° et avoir publié ou présenté devant un jury de spécialistes un travail original impliquant la gestion de données de santé.

§ 2. Pour les médecins visés à l'article 2, 2°, le stage prévu au § 1^{er}, 2°, peut être suivi durant la formation en tant que candidat spécialiste dans l'une des disciplines mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 précité.

CHAPITRE III. - Critères de maintien de l'agrément

Art. 4. Pour rester agréé, le médecin spécialiste en gestion de données de santé doit apporter la preuve :

1° qu'il entretient et développe ses connaissances dans le domaine de la gestion des données de santé;

2° qu'il participe à des publications d'un niveau approprié impliquant la gestion des données de santé ou le développement d'outils de gestion de données médicales.

CHAPITRE IV

Critères d'agrément des services de stage et des maîtres de stage

Art. 5. § 1^{er}. Peut être agréé comme service de stage au sens de l'article 3, 2° du présent arrêté, une unité hospitalière, de recherche ou administrative où une activité essentielle consiste dans la gestion de données à caractère médical et où l'infrastructure informatique et télématique est appropriée.

§ 2. Le maître de stage est un médecin spécialiste en gestion des données de santé.

CHAPITRE V. - Dispositions transitoires

Art. 6. § 1^{er}. Durant deux années à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, peut être agréé au titre de médecin spécialiste en gestion de données de santé, un médecin qui, pendant quatre années à titre principal

1° a géré des données de santé et/ou développé des outils destinés à la gestion de ces données;

2° et a réalisé ou participé à des travaux scientifiques impliquant la gestion de données de santé;

3° et possède des connaissances suffisantes dans les matières visées à l'article 3, 1°.

§ 2. Durant une année à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, une période de stage ou de formation théorique dans les matières énumérées au point 1° de l'article 3, entamée avant cette date et se poursuivant, peut être prise en considération pour l'agrément visé à l'article 3.

Art. 7. L'ancienneté de huit ans du maître de stage, visée à l'article 5, 2, de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des

services de stage, ne sera exigible qu'à partir de neuf ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 octobre 2001.

PODOLOGIE

15 OCTOBRE 2001. - Arrêté royal relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin (M.B. du 7.12.2001)

[...]

Article 1^{er}. La profession "Podologie" est une profession paramédicale au sens de l'article 22, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des soins de santé.

Art. 2. La profession visée à l'article 1^{er} est exercée sous le titre professionnel de "podologue".

Art. 3. La profession de podologue ne peut être exercée que par les personnes remplissant les conditions suivantes :

1° être détenteur d'un diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice, dont le programme d'études comporte au moins :

a) une formation théorique en :

- anatomie générale y compris anatomie topographique des membres inférieurs;
- chirurgie du pied;
- physiologie générale;
- étude du mouvement y compris physiologie du mouvement, biomécanique et biométrie;
- pathologie générale y compris microbiologie, orthopédie, traumatologie, pédiatrie, dermatologie, neurologie, étude des maladies internes y compris pathologie vasculaire, affections systémiques, affections métaboliques et la gériatrie;
- pharmacologie;
- chimie;
- physique;
- physiothérapie;
- déontologie;
- histoire de la podologie.

b) une formation théorique en pratique en :

- méthodes d'investigations podologiques et de traitements des troubles structurels et fonctionnels consécutifs à des anomalies biométriques statiques, dynamiques, ainsi qu'à des anomalies liées à des affections neurologiques et vasculaires;
- notions générales de soins cutanés et de soins de plaies;
- notions générales d'hygiène, stérilisation et instrumentation;
- biomécanique et pathomécanique : semelles;
- techniques de prise de mesures, connaissances des propriétés des matériaux et technologie d'atelier.

c) Effectuer un travail en rapport avec la formation dont il ressort que l'intéressé est capable de déployer une activité analytique et synthétique dans la branche professionnelle et qu'il peut travailler de manière autonome.

2° avoir effectué avec fruit un stage d'au moins 600 heures en podologie théorique et pratique, attesté par un carnet de stage que le candidat doit tenir à jour;

Ce stage doit se composer au moins des éléments suivants :

- policlinique : chirurgie, orthopédie et traumatologie, neurologie, médecine physique, dermatologie et maladies internes, pour autant que celles-ci aient trait à la pathologie vasculaire, aux affections systémiques, aux affections métaboliques et à la gériatrie;

- salle d'opération;

- des stages techniques relatifs à la fabrication de dispositifs techniques tels que l'orthoplastie, l'orthnyxie et les semelles.

3° entretenir et mettre à jour leurs connaissances et compétences professionnelles par une formation continue, permettant un exercice de la profession d'un niveau de qualité optimal.

La formation continue visée ci-dessus doit consister en études personnelles et en participation à des activités de formation.

Art. 4. § 1^{er}. La liste des prestations techniques, visées à l'article 23, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78, précité, du 10 novembre 1967, figure en annexe I^{re} a) et annexe I^{re} b) au présent arrêté.

§ 2. Les prestations techniques, visées en annexe I^{re} a) requièrent une prescription médicale circonstanciée d'un médecin.

Les prestations techniques visées en annexe I^{re} b) requièrent une prescription médicale circonstanciée d'un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ou d'un médecin spécialiste en rhumatologie, d'un médecin spécialiste en neurologie, d'un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, d'un médecin spécialiste en neurochirurgie, d'un médecin spécialiste en pédiatrie ou d'un médecin spécialiste en chirurgie.

Le traitement au moyen d'une semelle à exécuter par un podologue ne peut être prescrit que dans la mesure où cette semelle :

1° s'inscrit dans le cadre d'un traitement complet en podologie;

2° doit être fabriquée individuellement sur mesure;

3° peut être fabriquée sans équipement hautement technique;

4° ne doit pas être combinée à d'autres dispositifs orthopédiques.

Art. 5. § 1^{er}. La liste des actes dont un médecin peut charger un podologue en application de l'article 5, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, précité, figure en annexe II a) et annexe II b) au présent arrêté.

§ 2. Les actes visés en annexe II b) peuvent être confiés exclusivement par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, par un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, par un médecin spécialiste en rhumatologie, par un médecin spécialiste en neurologie, par un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, par un médecin spécialiste en neurochirurgie, par un médecin spécialiste en pédiatrie et par un médecin spécialiste en chirurgie.

Le traitement au moyen d'une semelle ne peut être confié à un podologue que dans la mesure où cette semelle :

1° s'inscrit dans le cadre d'un traitement complet en podologie;

2° doit être fabriquée individuellement sur mesure;

3° peut être fabriquée sans équipement hautement technique;

4° ne doit pas être combinée à d'autres dispositifs orthopédiques.

Art. 6. Notre Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 15 octobre 2001.

Annexe Ire a)

Liste des présentations techniques pouvant être accomplies par les podologues en application de l'article 23, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

Traitements podologiques et un rapport technique intermédiaire écrit, adressé au médecin prescripteur, concernant l'évolution du patient sous ce traitement prescrit :

1. traitements cutanés du pied malade :

- Soins aseptiques des plaies;
- Redistribution des points de surcharge par : padding, taping, strapping.

2. traitements unguéaux du pied malade :

- Soins d'hygiène des ongles dans les affections vasculaires et neuropathiques;
- Abrasion des hypertrophies unguéales dans les affections vasculaires, neuropathiques, dermatologique et post-traumatiques;
- Traitement local des mycoses unguéales;
- Onychoplastie après résection partielle ou totale par un médecin dans les affections vasculaires, neuropathiques, post-traumatiques et post-infectieuses;
- Orthonyxie.

3. Administration de médicaments dans le traitement des lésions épidermiques et dermiques du pied par les voies suivantes :

- instillation.

4. Traitements des déformations des orteils :

- en présence de mobilité articulaire : redressement, au moyen de padding, strapping, taping, orthoplastie;
- en absence de mobilité articulaire : protection des zones de pression au moyen de padding, strapping, orthoplastie.

Annexe I^{re} b)

Liste des prestations techniques pouvant être accomplies par les podologues en application de l'article 23, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

1. Examen podologique des troubles fonctionnels et un rapport technique écrit de l'examen effectué, adressé au médecin prescripteur :

- Examen podologique des troubles statiques : biométrie, biomécanique, podoscopique, électropodoscopique, électropododynamographique;
- Examen podologique des troubles dynamiques : biométrie, biomécanique (notamment l'étude des fonctions et des disfonctions des différents segments du pied entre eux en rapport avec les segments sus-jacents), podoscopique, électropodoscopique, électropododynamographique.

2. Traitements podologiques et un rapport technique intermédiaire écrit, adressé au médecin prescripteur, concernant l'évolution du patient sous ce traitement prescrit :

2.1. Traitements des troubles fonctionnels dans les affections non vasculaires et non neuropathiques :

a) des anomalies statiques du pied au moyen de :

- * une semelle dans le but répartir les points de surcharge du pied,
- * une semelle pour affections épidermiques,
- * une semelle pour affections post-traumatiques,

b) des anomalies dynamiques du pied au moyen de :

- * strapping, padding, taping fonctionnels,
- * des semelles.

2.2 rééducation fonctionnelle du pied post-chirurgical et post-traumatique.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 octobre 2001.

Annexe II a)

Actes dont un médecin peut charger un podologue en application de l'article 5, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

1. traitements cutanés du pied :

- Soins antiseptiques des plaies;
- Enucléation des kératoses digitales et plantaires dans les affections vasculaires et neuropathiques;
- Excision des hyperkératoses digitales et plantaires dans les affections vasculaires et neuropathiques.

2. traitements unguéaux du pied :

- Traitement non chirurgical de l'onychocryptose sous anesthésie de contact;
- Soins post-opératoires du perionyxis.
- Enucléation des kératoses sous-unguéales et périunguérales dans les affections vasculaires, neuropathiques et post-traumatiques.

3. Administration de topiques dans les traitements du pied vasculaire, neuropathique, post-traumatique et infectieux.

4. Administration de médicaments dans le traitement des lésions épidermiques et dermiques du pied par les voies suivantes :

- percutanée;
- drains.

Annexe II b)

Actes dont un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, un médecin spécialiste en rhumatologie, un médecin spécialiste en neurologie, un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, un médecin spécialiste en neurochirurgie, un médecin spécialiste en pédiatrie et un médecin spécialiste en chirurgie peut charger un podologue en application de l'article 5, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967.

1. Traitements des troubles fonctionnels dans les affections non vasculaires et non neuropathiques :

a) des anomalies statiques du pied au moyen de :

* orthoplastie;

b) des anomalies dynamiques du pied au moyen de :

* orthoplastie.

2. Traitements des troubles fonctionnels dans les affections vasculaires et neuropathiques :

a) des anomalies statiques du pied au moyen de :

* une semelle dans le but de répartir les points de surcharge du pied,

* une semelle pour affections épidermiques,

* une semelle pour affections neuropathiques et post-traumatiques,

* orthoplastie;

b) des anomalies dynamiques du pied au moyen de :

* strapping, padding, taping fonctionnels,

* orthoplastie,

* des semelles.

3. assistance et instrumentation en chirurgie du pied.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 octobre 2001.

LE ROLE DES ORGANISATIONS SYNDICALES DANS LES SOINS DE SANTE

*(Extrait du discours du Dr M. MOENS, Secrétaire général du G.B.S.,
dans le cadre du congrès "Ophthalmologica Belgica" le 24.11.2001)*

[...]

Ces dernières années, les rapports entre les patients et les dispensateurs de soins se sont transformés. Sous la contrainte de la société, les soins de santé doivent répondre de plus en plus à des principes d'économie de marché. Les hôpitaux sont gérés comme des entreprises, le patient est confiné dans un rôle de consommateur – certes exigeant – et les dispensateurs de soins, les médecins en tête, sont considérés comme des acteurs économiques qui – aux dires du président des MC, Marc JUSTAERT, à l'occasion de l'ouverture de l'Année académique du *Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen* de Louvain le 12.10.2001 – sont guidés par des principes tels que la concurrence, l'efficacité et la "maximisation des revenus".

Le modèle de l'assurance-maladie obligatoire est proche de l'asphyxie. Comme union professionnelle, nous sommes quotidiennement confrontés aux problèmes budgétaires et à l'appel à la responsabilisation.

Les médecins sont ainsi considérés comme le principal moteur du flot des dépenses et sont volontiers montrés du doigt par le monde politique.

Dans le contexte du code de déontologie médicale, et notamment de l'article 36 ("Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique. Il s'interdira de prescrire inutilement des examens ou des traitements onéreux ou d'exécuter des prestations superflues."), nous défendons nos principes de base :

- le patient choisit librement son médecin
- le médecin choisit librement les possibilités diagnostiques et thérapeutiques
- la préservation du secret médical est essentielle
- les médecins visent constamment, dans leurs actes, à améliorer la qualité

Un de nos autres principes de base est que tout comme les patients, tous les médecins sont égaux entre eux, tant les généralistes par rapport aux spécialistes que les spécialistes entre eux. Une même pathologie doit être honorée de façon identique, que le traitement et/ou le diagnostic ait lieu en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, dans un hôpital universitaire ou non universitaire, au nord, au centre ou au sud du pays.

Autrement dit, nous souhaitons – pour paraphraser les termes du groupe de travail JADOT dans le cadre du Conseil général de l'INAMI – une application uniforme d'une législation *juste et objective* dans tout le pays.

Dans la mesure où ils sont représentés dans bon nombre d'organes, l'ABSyM et/ou le GBS ont la possibilité de prendre part à l'élaboration d'une réglementation équilibrée. Toutefois, comme ils siègent uniquement dans des organes consultatifs, le monde politique conserve néanmoins le dernier mot.

Et les voies des politiques sont souvent plus impénétrables que la logique médicale.

Ces dernières années, il y a eu énormément à faire concernant l'échelonnement, le généraliste comme gate-keeper donnant l'accès aux soins les plus appropriés, le budget holder, le remboursement différencié, etc.

Le généraliste entend avec raison être valorisé ou revalorisé. Nous avons peur que les autorités soient en train de le noyer dans un contrôle administratif des prescriptions pour la biologie clinique, les médicaments, l'imagerie médicale, les prestations infirmières et la kinésithérapie, etc. Les aspects budgétaires sont prépondérants.

Bien que les autorités aient conscience que ce qui est aujourd'hui remboursé à la population est nettement en deçà de ce qui est permis par les possibilités médico-techniques, leur mission première reste de maîtriser le budget de la santé et d'en garder le contrôle. Ceci s'oppose à la mission première du médecin, à savoir dispenser des soins de qualité, justifiés au niveau médical, pouvant faire évoluer favorablement la maladie ou atténuer la souffrance.

Dans les hôpitaux, nous rejetons catégoriquement l'incorporation de la consommation de médicaments ou des honoraires médicaux dans la rémunération du prix de la journée d'hospitalisation. A l'exception éventuellement de certaines interventions chirurgicales classiques, le financement par pathologie constitue un exercice extrêmement difficile et arbitraire qui, dans d'autres pays, a, jusqu'ici, uniquement conduit à un rationnement des soins, à l'exclusion des patients à risque et à la constitution de listes d'attente. C'est ainsi que plusieurs Health Maintenance Organisations américaines interdisent le recours à certaines thérapies onéreuses mais efficaces.

Le financement trop juste du prix de journée – la majeure partie des moyens étant consacrée aux frais de personnel – est la raison pour laquelle la seule source de financement alternative, à savoir les honoraires médicaux, est sans cesse sollicitée.

Le financement des prestations médicales doit, selon nous, rester de préférence lié à la prestation, tant en milieu hospitalier que dans la pratique médicale spécialisée extra-hospitalière et dans la médecine générale. Pour une petite partie, on peut y ajouter une forme d'honoraires forfaitaires comme c'est par exemple prévu dans le cadre de l'accréditation ou pour le soutien de l'informatisation du médecin. Ce dernier ne peut toutefois pas être limité à une seule catégorie de médecins. Or le ministre VANDENBROUCKE entend aujourd'hui le financer exclusivement pour les généralistes.

Bon nombre d'exemples étrangers montrent comment il ne faut pas procéder. Les Pays-Bas connaissent déjà depuis des années un financement "par capitation" de la médecine générale. Le phénomène du "burn out" reste malgré tout extrêmement élevé et les généralistes ont mené, au début du mois de mai 2001, une action de grève de trois jours. Dans le numéro de novembre de la publication néerlandaise "Medisch Contact", nous lisons que 60 % des médecins de base femmes et 30 % des médecins de base hommes ont quitté la profession médicale après cinq ans.

Le Royaume-Uni connaît le "target payment", c'est-à-dire un paiement qui dépend de la réalisation de certains objectifs comme les pourcentages du dépistage du cancer ou le taux de vaccination. Pourtant, il n'y a aucun autre pays de l'Union européenne où le patient est aussi mal loti... à moins de disposer de beaucoup d'argent et de pouvoir s'adresser à la médecine privée.

Au Danemark, le généraliste est en partie rémunéré à la prestation et majoritairement par patient inscrit, mais il est particulièrement frustré car il ne peut pas faire soigner correctement son patient lorsqu'il est atteint du cancer. C'est pourquoi des accords sont maintenant conclus avec l'Allemagne et la Belgique. De nombreux patients danois atteints d'un cancer sont soignés dans le nord de l'Allemagne.

L'ABSyM et le GBS mettent en garde les autorités pour leur éviter de tomber dans le même piège que les pays scandinaves, la Grande-Bretagne ou les Pays-Bas, qui sont pourtant des sources d'idées "fondatrices" pour nos ministres belges de la Santé publique et des Affaires sociales et

surtout pour les autorités flamandes. Ne dépensez pas de l'argent inutilement dans des structures qui, en raison de la complexité de notre réforme de l'Etat, sont du reste souvent contre-productives, se répètent voire s'opposent les unes aux autres. Soutenez plutôt les organisations à petite échelle existantes, organisées au niveau local et sur base volontaire, comme les cercles de généralistes, qui mettent sur pied une collaboration locale avec les spécialistes extra-hospitaliers locaux et les hôpitaux locaux qui, à leur tour, collaborent avec les hôpitaux plus spécialisés. Limitez les immixtions de l'Etat dans les soins de santé. Mettez fin aux normes excessives et à l'infantilisation. Donnez la parole et laissez l'initiative aux dispensateurs de soins actifs sur le terrain. Laissez les soins de santé aux praticiens professionnels de la santé en concertation avec leurs patients. Et pour les médecins : "Pas la médecine sans médecins!" pour conclure en reprenant la formule d'André WYNEN.

[...]

SURPOIDS, CONSEQUENCES A LONG TERME POUR LA SANTE ET MOYENS D'ACTION

L'Académie royale de Médecine a approuvé, en séance du 29 septembre 2001, le rapport intitulé "Surpoids, conséquences à long terme pour la santé et moyens d'action".

Il convient, en effet, de mettre la population en garde contre les nombreux effets néfastes de l'obésité pour la santé (risque cardio-vasculaire accru, troubles métaboliques, etc.) et d'enrayer la dynamique du gain de poids, en particulier chez les jeunes.

Le public doit être conscient que la banalisation et l'augmentation de l'obésité au cours des dernières décennies s'explique par une déstructuration du régime alimentaire et par la sédentarité croissante, et qu'il importe de combattre ces styles de vie "modernes".

Ce rapport peut être consulté sur le site Internet de l'Académie de Médecine (<http://www.acad-roy-med-belg.org>).

PRIX "ASSOCIATION LUPUS ERYTHEMATEUX"

REGLEMENT

- Art. 1. Le Prix "Association Lupus Erythémateux", d'un montant de **1.500 EUROS**, est destiné, en 2002, à couronner un travail de recherche fondamentale ou clinique sur le lupus érythémateux.
- Art. 2. Peut être candidat à ce Prix tout chercheur, titulaire d'un diplôme universitaire, exerçant ses activités dans une Université de la Communauté française de Belgique.
- Art. 3. Les candidatures doivent être introduites en un exemplaire, auprès de la Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche scientifique avant le **1er février 2002**, au moyen du formulaire adéquat. Le dossier, rédigé en français, comprendra également :
- un curriculum vitae,
 - une liste complète des publications,
 - une synthèse (maximum 3 pages) du travail pour lequel le Prix est sollicité.
- Art. 4. Le Prix sera accordé par le Fonds National de la Recherche Scientifique sur proposition du Jury constitué par le F.N.R.S. suivant les règlement et jurisprudence en vigueur au Fonds National.
- Art. 5. Toutes questions éventuelles concernant la recevabilité des candidatures, ainsi que l'octroi du Prix, seront tranchées, sans recours, par le F.N.R.S.
- Art. 6. Si le Jury décide de ne pas attribuer le Prix, celui-ci est reporté à une année ultérieure.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

SEMINAIRES DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE DU C.H.U. BRUGMANN **Année académique 2001-2002**

Les lundis de 13 à 14 h à la bibliothèque de la F.M.R.E. (accréditation 10 UFC demandée)

modification du programme annoncé dans le "Médecin Spécialiste" n° 7 d'octobre 2001

Lundi 07/01/2002: Immunologie: G. Servais (CHU Brugmann): Les anticorps anti ADN catalytiques

Lundi 11/03/2002: Chimie: L. Kouegnignan (CHU Brugmann): Comparaison pro-calcitonine/IL6/CRP comme marqueur inflammatoire

ANNONCES

01092 **FRANCE : A LOUER** : (Provence – Parc Luberon) pour 4 pers. max. (vacances de Pâques jusqu'à fin août) pavillon charme pl. pied dans propr. priv. jard. 1 ha clos, vue panor. séj. + cuis amér éq-2ch+sdd-grdes terr+barb+pisc. priv. (envir. except. à découvrir) phot. s/dem-chien non admis (tel/fax 071/592.592 ou 0498 23.04.23)

01093 **ARLON** : Cabinet de sénologie cherche **RADIOLOGUE** avec compétence en sénologie. Pour tout renseignement, contacter le Dr Nagoda-Niklewicz par téléphone au 0495/51.53.68 ou par fax ou 063/23.98.39.

01094 **FRANCE (59 – METROPOLE LILLOISE – FRONTIERE MOUSCRON)** : cause changement de région, recherche **RADIOLOGUE** en vue de cession clientèle (travail en temps partagé avec un associé) : cabinet + clinique, activité en expansion. RX générale, écho, séno, TDM, IRM. Tél. : 00.33.3.20.08.27.85 (après 21 h) / 06.16.04.50.74 (GSM).

01095 **BRUXELLES** : C.H. F. Rabelais recherche **PEDIATRES** mi-temps + gardes. Contact : 02/506.71.37 ou 02/482.41.78.

01096 **BRUXELLES** : Polyclinique des Chartreux cherche pour poste vacant un(e) **DERMATOLOGUE** et un(e) **RHUMATOLOGUE**. Candidature à envoyer à l'attention de M. Vinck ou renseignements au 0475/25.91.90.

Table des matières

• Les tarifs à partir du 1.1.2002	1
• L'euro et votre facturation	2
• Communiqué du Front commun des professions de santé – 22.10.2001	6
• Normes relatives au taux d'occupation suspendues sine die avec effet rétroactif à partir du 1.1.2000	7
• Gestion de données de santé	7
• Podologie	9
• Le rôle des organisations syndicales dans les soins de santé	13
• Surpoids, conséquences à long terme pour la santé et moyens d'action	15
• Prix "Association Lupus Erythémateux"	15
• Réunions scientifiques	16
• Annonces	16