
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
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° SPECIAL / DECEMBRE 2012

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

Vers un accord médico-mutualiste 2013/2014? THAT'S THE QUESTION!

Au cours de ces dernières semaines, le nombre d'interviews de médecins/de leaders médicaux est allé crescendo dans la presse spécialisée et dans la presse généraliste. Tant les partisans que les adversaires d'un accord médico-mutualiste ont pu exprimer leurs griefs et s'épancher. Même la ministre Onkelinx a payé de sa personne. Un clash idéologique entre les partisans d'une médecine libérale vs une médecine plus dirigiste ou étatisée. Le modèle de concertation belge sera-t-il encore en mesure de fêter son 50^e anniversaire en 2014 ou sera-t-il porté en terre dans les prochains jours? Le refus formel de l'ABSyM de s'asseoir à la table des discussions pour négocier un nouvel accord avec les mutuelles dans les circonstances actuelles n'est-il destiné qu'à faire voir ses muscles pour faire monter la pression, comme d'aucuns le laissent entendre dans la presse, ou est-il l'expression d'un fossé idéologique plus profond séparant les protagonistes réunis autour de la table des négociations?

Les tarifs sociaux pour l'année à venir sont négociés dans le cadre de l'accord. Ces tarifs sont tributaires des difficultés financières sur le plan budgétaire. Ils représentent le montant pour lequel la société peut ou accepte d'intervenir. Les médecins sont (jusqu'à présent) libres d'adhérer ou non à l'accord médico-mutualiste. Les médecins adhérant à l'accord peuvent, à titre de compensation, faire valoir leurs droits à un statut social. Les médecins n'adhérant pas à l'accord peuvent fixer leurs honoraires librement. Les mutuelles et la ministre de la Santé publique qualifient ces honoraires qui dépassent les tarifs sociaux de "suppléments d'honoraires", une formule qui a tout de suite une connotation négative. C'est pourquoi le GBS ne parlera plus à l'avenir de suppléments d'honoraires dans ses textes, mais il parlera d'honoraires libres par opposition aux tarifs sociaux fixés dans l'accord.

Les médecins seront-ils bientôt les seuls indépendants à ne plus pouvoir fixer librement leurs tarifs? L'époux de la ministre Onkelinx se réveillera-t-il un jour prochain dans un pays où il n'aura plus la possibilité de fixer librement ses honoraires d'avocat et où il aura l'obligation de proposer ses services à des tarifs pro deo? Ces tarifs pro deo représentent en effet le montant que les pouvoirs publics peuvent ou souhaitent, compte tenu des moyens disponibles, consacrer à la protection des droits des citoyens ne disposant pas de moyens financiers suffisants pour aller en justice.

Quels sont les deux principaux obstacles à la conclusion d'un accord? La réglementation du tiers payant social obligatoire pour les prestations ambulatoires, que ce soit du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, et l'interdiction de réclamer des honoraires libres aux patients hospitalisés dans des chambres à deux lits ou dans des salles communes.

En application de l'art. 37 de la loi S.S.I., il est d'ores et déjà prévu que les patients les moins favorisés sur le plan financier peuvent bénéficier du système du tiers payant. Dans le cadre du projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité en santé, l'application de ce système est rendue obligatoire non seulement pour les patients les moins favorisés sur le plan financier mais également pour tous les malades chroniques, quelle que soit leur situation financière. En caricaturant un peu, on pourrait dire que le système du tiers payant social doit s'appliquer non seulement au malade chronique qui a du mal à joindre les deux bouts avec sa petite retraite, au chômeur de longue durée ou à la famille monoparentale avec enfants à charge mais également au notable atteint d'un diabète de type 2 – le résultat éventuel de son mode de vie de bon vivant – qui, façon de parler, se ferait déposer par son chauffeur en Rolls-Royce chez son médecin traitant pour une consultation.

Ce qui est étonnant avec le tiers payant social obligatoire, c'est que, à l'exception des mutuelles, aucune autre partie présente à la table des négociations ne soutient ce système. Pour certains patients, la menace d'un refus de l'application du système du tiers payant est le seul moyen de pression restant pour s'assurer que le patient se conforme plus ou moins à son traitement.

Les mutuelles sont en faveur de ce nouveau système. On peut le comprendre. Leur budget pour les frais d'administration est gelé pour trois ans. Par ailleurs, la ministre a imposé aux mutuelles de réaliser une économie supplémentaire de 20 millions d'euros dans le secteur des médicaments au cours des prochaines années par une meilleure maîtrise du volume des médicaments prescrits. Pour réaliser cet objectif, les mutuelles exercent un contrôle renforcé de la prescription de médicaments. En cas d'échec, elles ont une épée de Damoclès au-dessus de la tête dans ce sens qu'elles vivent sous la menace explicite de voir le montant destiné à couvrir leurs frais d'administration être réduit d'un montant équivalent. Dans ce scénario, les mutuelles ne peuvent qu'applaudir au système du tiers payant social obligatoire car, au lieu de devoir traiter elles-mêmes les attestations de soins donnés de leurs membres, les médecins traitants leur servent tout sur un plateau électronique. Une économie sur les frais de personnel des mutuelles qui ne se refuse pas! Les médecins individuels pourront s'amuser tous les week-ends avec chaque fois de nouvelles obligations administratives et malheur à celui qui commet une erreur. Il dispose de deux mois pour tout transmettre par voie électronique sous peine de perdre ses droits. S'il ne fait pas preuve de la ponctualité requise dans la tenue de son administration, il peut faire une croix sur ses honoraires et il aura en fait travaillé pro deo, gratuitement et pour rien. C'est tout bénéf pour le budget des soins de santé.

On peut s'étonner que le système du tiers payant obligatoire soit élargi en ces temps d'économies. Au début des années 1990, en guise de sanction en cas de surconsommation, les biologistes cliniques pouvaient être frappés d'interdiction de continuer à utiliser le système du tiers payant. Plus récemment, des cas de fraude importante ont été constatés dans l'utilisation du tiers payant par certains dentistes de sorte que des mesures ont été inscrites dans le cadre de l'accord dento-mut 2009-2010 pour mettre un frein à l'utilisation du système du tiers payant.

A qui profite dès lors le système du tiers payant obligatoire? Au patient ayant une situation financière plus favorable puisque le patient moins favorisé bénéficie déjà du régime actuel. Et surtout aux mutuelles qui répercutent une partie de leurs frais d'administration sur le médecin individuel.

La deuxième pierre d'achoppement dans les négociations consiste dans l'interdiction de réclamer des honoraires libres dans les chambres à deux lits et dans les salles communes. Le modèle de concertation belge se caractérise par le fait que le médecin est libre d'adhérer ou non à l'accord médico-mutualiste. Le médecin qui n'adhère pas à l'accord est libre de fixer ses honoraires. Ici aussi, les patients les moins favorisés sur le plan financier sont protégés. En effet, l'article 152 §3 de la loi sur les hôpitaux prévoit que le gestionnaire et le conseil médical doivent veiller à ce que tous les patients visés à l'article 152 §1 puissent être soignés aux tarifs de la convention.

En introduisant une interdiction générale de réclamer des honoraires libres dans les chambres à deux lits et dans les salles communes, la ministre pourrait être responsable de l'implosion du modèle de concertation belge. Car quelle différence subsiste-t-il entre le médecin adhérent à

l'accord et celui qui n'y adhère pas? Ni l'un ni l'autre ne peuvent encore fixer librement leurs honoraires. Certes ils peuvent encore tant l'un que l'autre fixer librement leurs honoraires pour les patients admis en chambre individuelle. Toutefois, ici aussi, des voix s'élèvent déjà dans certaines mutuelles pour réclamer une limitation voire l'interdiction pure et simple des honoraires libres. L'idée d'un "supplément" maximum de 100 % est évoquée. Ce serait à nouveau tout bénéf pour les mutuelles. Moins il sera possible de facturer des honoraires libres, plus les assurances hospitalisation proposées par les mutuelles seront rentables.

Le but poursuivi est-il que tous les médecins soient conventionnés dans un avenir proche? Et, à un stade ultérieur, qu'ils soient tous salariés? Dans le premier cas de figure, il faudra prévoir au budget approximativement 100 millions d'euros supplémentaires pour accorder un statut social à tous ces médecins. En l'absence de cette rallonge, le statut social devra peut-être être revu à la baisse proportionnellement. Dans le second cas de figure, les dépenses totales seront pratiquement multipliées par deux en raison de la semaine de 38 heures, des compensations pour les gardes et les week-ends, des primes d'ancienneté, etc. A moins que les médecins soient contraints d'accepter un statut de faux indépendant.

Par conséquent, les discussions qui sont actuellement menées ne concernent pas uniquement les médecins déconventionnés mais également les médecins conventionnés. Le temps porte conseil. De toute manière, la loi n'est que rarement respectée. Elle stipule en effet que l'accord médico-mutualiste doit être conclu avant le 1^{er} décembre.

Telle était la situation au moment de la mise sous presse de la présente publication. Dans le cadre de sa lettre d'information électronique, le GBS tiendra informés en temps réel les membres pour lesquels nous disposons d'une adresse e-mail concernant l'évolution des négociations. Si vous souhaitez également être informés par voie électronique, communiquez sans tarder votre adresse e-mail à delpine@gbs-vbs.org.

FORMATION CONTINUE ET BUREAUCRATIE

Alors que, par le passé, après leur formation et dans le cadre de leur activité professionnelle, le médecin généraliste et le médecin spécialiste décidaient, en plus de suivre la littérature médicale (revues, ouvrages, etc.) et uniquement pour assouvir leur curiosité intellectuelle et par conscience professionnelle, de participer tous les ans à des cercles, à des symposiums et à des congrès, souvent au prix de beaucoup d'efforts voire de frais importants, et en tout cas de leur propre initiative et sans aucune pression externe, la tendance qui s'est imposée au fil des ans, bien évidemment sous une impulsion anglo-saxonne et par le jeu d'influences externes, consiste à tout organiser et à tout réguler de sorte que ce qui était autrefois assimilé à un devoir éthique s'est transformé, au cours de ces deux dernières décennies, en une exigence qui nécessite de pouvoir présenter des preuves et des données vérifiables. Une terminologie adéquate a été inventée et propagée. Il n'est plus question de "suivre les développements de la profession" ou de "formation continue" mais bien dans un premier temps de CME : Continuing Medical Education (après notre formation "education" médicale) et ensuite de CPD : Continuing Professional Development, qui ne couvre pas simplement un enseignement théorique mais également une formation pratique.

Par ailleurs, d'aucuns ont jugé ne pas pouvoir en appeler au sens du devoir de chaque médecin et qu'il fallait créer des organismes et des structures pour "diriger" et "contrôler" tout cela.

Inutile de dire bien évidemment que cela coûte énormément d'argent en structures, en personnel et en fonctionnement!

En Belgique, nous connaissons le système de l'accréditation où le médecin suit sur une base volontaire et surtout est en mesure d'attester une formation continue afin de rester au fait de la profession. Nous savons qu'en Belgique, ce contrôle de la formation continue garantit une certaine "rémunération" aux "médecins accrédités" sous la forme d'honoraires de consultation majorés et d'un forfait d'accréditation en 2012 de 1.027,81 € pour un médecin totalement conventionné et de 593,61 € pour un médecin partiellement conventionné ou pour un médecin déconventionné. Le système de l'accréditation exige aussi de participer à des GLEM (groupes locaux d'évaluation médicale). Fort heureusement, chez nous, on s'est efforcé de limiter au maximum la bureaucratie

qui y est associée. Ainsi, dans notre pays, le formulaire de demande d'accréditation d'une activité comprend une seule (1) page.

Sur un plan international, l'UEMS (l'Union Européenne des Médecins Spécialistes) a, en 1999, mis sur pied un organisme – pour ainsi dire "under the impulse of a growing shift from voluntary to mandatory CME-CPD in Europe" (probablement à nouveau sous une impulsion anglo-saxonne) – en vue d'accorder une accréditation internationale (principalement européenne) à des activités de formation continue. L'UEMS est parvenue à passer des accords avec les instances officielles de nombreux pays européens mais également avec les Etats-Unis et avec le Canada concernant l'octroi et l'échange de crédits CME (Continuing Medical Education). Depuis lors, il est également possible d'obtenir l'accréditation de matériel d'e-learning.

Cette activité n'est pas gratuite et des montants non négligeables sont versés à l'UEMS par les organisateurs d'activités CME-CPD. Pas moins de 6.357 activités CME ont été accréditées depuis le 1.1.2008. Jusqu'à présent, nous n'avons peut-être rien fait d'autre que de fournir quelques précisions concernant des informations déjà connues.

La raison première de cette contribution est l'approbation récente par le Management Council de l'UEMS de nouveaux critères et règles pour la demande d'accréditation de "Live Educational Events" (LEE's), c'est-à-dire de réunions ayant pour but de fournir des informations sur les formations médicales, autrement dit les cercles, les séminaires, les congrès, etc. que nous connaissons depuis des décennies. Cela a donné lieu à des pages et des pages d'explications regorgeant d'exigences et d'infos : descriptif de la réunion, détails concernant l'organisateur, le comité scientifique et/ou organisateur, le panel ou la "faculté", le programme, le financement de la réunion, le matériel promotionnel utilisé, le feed-back des instructeurs, les rapports "indépendants" des participants, le mécanisme de la demande, le résultat, etc., etc.

La check-list de l'organisateur comporte pas moins de 26 "critères essentiels" !

Il faut envoyer un rapport sans oublier une déclaration ("Declaration") du "directeur scientifique", une déclaration de divulgation ("Disclosure"), un formulaire de feed-back, un descriptif de la réunion (7 p.).

Bref, une monstruosité bureaucratique!

Avant la réunion du Management Council des 20 et 21 avril à Bruxelles ainsi qu'avant la réunion récente du Management Council à Larnaca (les 18 et 19 octobre 2012), la délégation belge a chaque fois envoyé une lettre (les 2 mars et 9 octobre 2012) au Président et au Secrétaire général de l'UEMS pour attirer l'attention sur l'incroyable complexité de ces nouveaux critères pour l'accréditation de LEE's (Life Educational Events).

Nos conseils n'ont pas été suivis et le projet a été approuvé dans le cadre de la réunion du Management Council à Larnaca. Nous pensons qu'il y a probablement très peu de membres qui parcourent ces documents interminables et nous sommes convaincus que la plupart d'entre eux renoncent par avance à croiser le fer dans une joute oratoire avec l'auteur anglo-saxon autochtone de ces documents volumineux.

Récemment, les membres allemands de la Section de chirurgie de l'UEMS ont toutefois fait part de leur désapprobation face à la complexité de ces nouvelles règles (LEE) et toutes les réponses à une enquête réalisée auprès des membres de la Section de chirurgie sont négatives jusqu'à présent.

Un des arguments avancés par la direction de l'UEMS pour l'adoption de ces exigences bureaucratiques était le souci de conformité ("Compliance") avec les exigences américaines!

On est sérieusement en droit de se demander si l'UEMS, qui est en fait à l'origine une organisation d' "Europe continentale", ne commet pas l'erreur de vouloir copier plus que de raison le style et les habitudes anglo-saxons.

J.A. GRUWEZ

Journée d'étude de l'A.P.S.A.R. 'THE FUTURE IN ANAESTHESIA' – 23.02.2013
Programme

8h45 **THE FUTURE IN ANAESTHESIA**
Dr. J.L. Demeere

Anaesthesia in our daily practice in Belgium
Dr. J. Verbeke, Prof. Dr. L. Van Obbergh

09.00-09.20	Nomenclatuur voor en na 2012	Dr. D. Himpe
09.20-09.40	Eisenkader, kwaliteit en praktijk, Surgical Safety Checklist	Dr. J.L. Demeere
09.40-10.00	Les infirmières en anesthésie	Prof. L. Van Obbergh
10.00-10.15	Statement APSAR-BSAR	
10.15-10.30	Café - Koffie	

Anaesthesia practice

Dr. J.P. Mulier, Dr. E. Deflandre

10.30-10.50	Safety and security in Anaesthesia	Dr. D. Whitaker
10.50-11.10	Attitudes en gewoontes binnen de anesthesie	Prof. J. Klein
11.10-11.30	Anaesthesia Guidelines: use and misuse	Dr. F.O. Kooij
11.30-11.50	Burn Out en anesthésie	Dr. M.-A. Doppia
11.50-12.30	Débat - Debat	

12.30-13.00 Assemblée Générale - Algemene Vergadering

Anaesthesia practice and claims

Dr. R. Heylen, Dr. J. Jaucot

14.00-14.20	Het decreet op de verplichte melding van risicovolle medische praktijken	Mr. F. Dewallens
14.20-14.40	Les plaintes en anesthésie et les assurances	Dr. M. Lafontaine
14.40-15.00	Fault, No-Fault,... en de anesthesist?	Dr. R. Heylen
15.00-15.20	Débat - Debat	

Anaesthesia and management

Dr. D. Himpe, Dr. J.L. Demeere

15.20-15.40	Hygiëne in het OK	Prof. B. Gordts
15.40-16.00	L'anesthésiste et le management du quartier opératoire	Dr. E. Deflandre
16.00-16.20	Het runnen van een dienst anesthesie	Dr. J.P. Mulier
16.20-16.30	Conclusions - Besluit	

Lieu

Brussels 44 Center
Auditorium (Passage 44)
Bld du Jardin botanique 44
1000 Bruxelles

Organisation

Dr Jean-Luc Demeere - GBS-VBS
20 avenue de la Couronne
tél.: 02/6492147 - fax: 02/6492690
@ raf@vbs-gbs.org

Accréditation demandée en Ethique & Economie

Traduction simultanée NL-FR / FR-NL

✂

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(à renvoyer à: GBS, Symposium APSAR, 20 av. de la Couronne, 1050 Bruxelles)

Nom:

Rue: **N°:**

Code postal: **Localité:**

N° INAMI: **E-mail:**

Membre A.P.S.A.R.: oui non

Assistant en formation: oui non

Je participerai au symposium du 23.02.2013 et verse la somme de:

	<u>Avant le 07.02.2013</u>	<u>A partir du 07.02.2013</u>
A.P.S.A.R.	<input type="radio"/> 85 €	<input type="radio"/> 130 €
Non-membre	<input type="radio"/> 120 €	<input type="radio"/> 150 €
Assistant	<input type="radio"/> 15 €	<input type="radio"/> 15 €

Inscription sur place: 130 € (A.P.S.A.R.) 150 € (non-membre)

sur le compte BE88 4373 1509 5141 de l'A.P.S.A.R.
avec comme mention mes NOM, PRENOM et N° INAMI

Date / Signature:

**DE MEDECIN SPECIALISTE EN RADIOTHERAPIE-ONCOLOGIE
A MEDECIN SPECIALISTE EN ONCOLOGIE MEDICALE :
DATE LIMITE POUR L'INTRODUCTION DE LA DEMANDE LE 31.12.2012**

Un arrêté ministériel du 22.08.2011 par lequel le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en oncologie médicale est rendu accessible aux médecins spécialistes en radiothérapie-oncologie a été publié au Moniteur du 15.09.2011.

Le médecin intéressé doit, à la date du 30.06.2012, exercer exclusivement l'oncologie médicale depuis quatre années au moins après son agrément comme médecin spécialiste, avec un niveau de connaissance suffisant.

Pour être agréé comme médecin spécialiste en oncologie médicale, le médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie doit en faire la demande avant le 31 décembre 2012 en apportant la preuve qu'il est notoirement connu comme particulièrement compétent. Il envoie sa demande par lettre recommandée à l'adresse suivante :

SPF Santé publique
A l'attention du président de la Commission d'agrément d'Oncologie médicale
Place Victor Horta 40 boîte 10
1060 BRUXELLES

La preuve qu'il est notoirement connu comme particulièrement compétent peut être apportée notamment par ses publications personnelles, sa participation active à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques d'oncologie médicale ou par une activité typique et exclusive de l'oncologie médicale, dont sa participation aux consultations pluridisciplinaires d'oncologie.

Le médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie qui opte pour l'agrément en tant que médecin spécialiste en oncologie médicale doit renoncer à son agrément en tant que médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie.

**NOMENCLATURE : ARTICLES 11, § 2, et 14, b)
(neurochirurgie)
(en vigueur à partir du 01.01.2013)**

13 NOVEMBRE 2012. - Arrêté royal modifiant les articles 11, § 2, et 14, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 30.11.2012)

Article 1er. A l'article 11, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], dans le libellé de la prestation 355036-355040, les numéros d'ordre « 230495-230506 » sont abrogés.

Art. 2. A l'article 14, b), de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° la prestation 230495-230506 est abrogée;

2° la règle d'application qui suit la prestation 232455-232466 est remplacée par ce qui suit :

Si la prestation 232492-232503 ou 232455-232466 est effectuée dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 % . »;

3° le libellé de la prestation 232971-232982 est remplacé par ce qui suit :

« Stéréotaxie d'une ou de plusieurs zones endocrâniennes, au moyen d'un système de repérage rigide fixé par voie invasive »;

4° l'article 14, b), est complété comme suit :

« 232315-232326

Navigation peropératoire assistée par ordinateur, y compris le planning préopératoire assisté par ordinateur et le matériel à usage unique (les marqueurs) K 400

La prestation 232315-232326 ne peut être attestée que si une des prestations suivantes a été effectuée durant la même intervention : 230473-230484, 231033-231044, 232551-232562, 232514-232525, 232536-232540.

Pour toute autre prestation de l'article 14, b), et de l'article 18, la navigation peropératoire assistée par ordinateur est couverte par les honoraires de la prestation.

Pour la prestation 232315-232326, un document iconographique peropérateur en 3D est conservé dans le dossier médical du patient. ».

NOMENCLATURE : ARTICLE 34, § 1er, a)
(traitements percutanés transluminaux vasculaires)
(en vigueur à partir du 01.01.2013)

18 OCTOBRE 2012. - Arrêté royal modifiant l'article 34, § 1er, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 13.11.2012)

Article 1er. Dans l'article 34, § 1er, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], le libellé de la prestation 589035-589046 est remplacé par ce qui suit :

« Honoraires supplémentaires lors de la prestation 589013-589024 pour le traitement de minimum deux vaisseaux coronaires à l'occasion d'une seule et même procédure, à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire nos 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaire nos 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire nos 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffe artérielle (mammaire). »

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 31 (audiiciens) : A.R. du 22.10.2012 (M.B. du 29.10.2012).

Article 33 (examens génétiques) : A.R. du 10.11.2012 (M.B. du 28.11.2012).

Article 35 (chirurgie vasculaire) : A.R. du 18.10.2012 (M.B. du 13.11.2012 – p. 67716).

Article 35 (orthopédie et traumatologie) : A.R. du 25.10.2012 (M.B. du 11.12.2012 – p. 79408).

Article 36 (logopédie) : A.R. du 10.11.2012 (M.B. du 23.11.2012).

Les textes complets sont disponibles sur le website et peuvent également être obtenus sur simple demande au Secrétariat.

MODIFICATION ET INSERTION DE RÈGLES INTERPRÉTATIVES ARTICLES 5 ET 6
(Soins dentaires)

TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES

La règle interprétative 01 est remplacée par la disposition suivante :

REGLE INTERPRETATIVE 01 (en vigueur depuis le 01.05.2009) (M.B. du 06.11.2012)

QUESTION

Lors d'un traitement orthodontique, l'on a parfois recours aux services d'un logopède dont les travaux sont supervisés par le praticien de l'art dentaire visé dans l'article 4, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé. Ces travaux ont lieu en plus des séances de traitement régulier prévues sous les n° 305616-305620, 305653-305664 et 305712-305723, et les forfaits de traitement de première intention, prévus sous les n° 305933-305944 et 305955-305966; le praticien prend personnellement certaines mensurations au début d'une séance de logopédie. Peut-on assimiler ce travail à une consultation 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012 et 102535 ou un examen buccal semestriel 371556-371560, 371571-371582 ?

REPONSE

Les forfaits de traitement régulier payés pour le traitement orthodontique sous les n° 305616-305620, 305653-305664 et 305712-305723, et les forfaits de traitement orthodontique de première intention 305933-305944 et 305955-305966 couvrent toutes les actes nécessaires au traitement. Les prestations n° 301011-301022, 371011-371022, 301092-301103, 371092-371103, 101054, 102012, 102535, 371556-371560, 371571-371582, ne peuvent être attestées dans le cas précité et ne peuvent donc faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire.

SOINS CONSERVATEURS

La règle interprétative 4 est insérée :

REGLE INTERPRETATIVE 4 (en vigueur depuis le 01.06.2007) (M.B. du 06.11.2012)

QUESTION

Les honoraires pour l'utilisation de la technique adhésive peuvent-ils être attestés pour des obturations à l'amalgame d'argent ?

REPONSE

Non.

RADIOGRAPHIES

Dans une nouvelle rubrique « Radiographies », une règle interprétative 1 est insérée :

REGLE INTERPRETATIVE 1 (en vigueur depuis le 01.05.2009) (M.B. du 06.11.2012)

QUESTION

Une imagerie 3D prise au moyen d'un appareil Conebeam CT peut-elle être attestée comme une radiographie de l'article 5 ?

REPONSE

Non, sauf sous les numéros de code 377230-377241, 307230-307241 et 307252-307263.

NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES ARTICLE 29, § 1er (orthopédistes)

REGLE INTERPRETATIVE 28 (en vigueur depuis le 01.03.2012) (M.B. du 12.11.2012)

QUESTION

Quels médecins spécialistes peuvent prescrire des vêtements compressifs en cas de chirurgie corrective tardive telle que décrite au § 18, B. Dispositions spécifiques, 1. Durée du traitement ?

REPONSE

Pour les indications prévues au § 18, C., 1., a), b) et c), seules les prescriptions des médecins spécialistes liés à un centre pour grands brûlés agréé par le Ministre compétent sont acceptées, tant pour les lésions initiales que pour la chirurgie corrective tardive.

Quand il s'agit des indications prévues au § 18, C., 1., d), en plus des prescriptions des médecins spécialistes précités, les prescriptions des médecins spécialistes en chirurgie plastique sont également acceptées, tant pour l'intervention reconstructive initiale que pour la chirurgie corrective tardive.

REGLE INTERPRETATIVE 29 (en vigueur depuis le 01.03.2012) (M.B. du 12.11.2012)

QUESTION

Au § 18, E., 2., a., 2e alinéa et au § 18, E. 3., 3e alinéa, entend-on par le mot « brûlures » uniquement des brûlures ou bien aussi les lésions décrites par les indications c et d prévues au § 18, C., 1. ?

REPONSE

Au § 18, E., 2., a., 2e alinéa et au § 18, E. 3., 3e alinéa, on entend par « brûlures », toutes les indications prévues au § 18, C., 1. Le mot « brûlures » doit être lu comme « lésions ».

REGLE INTERPRETATIVE 30 (en vigueur depuis le 01.03.2012) (M.B. du 12.11.2012)

QUESTION

Il est stipulé au § 18, E., 2., b., que l'intervention de l'assurance se limite à 4 prestations complémentaires en silicone par groupe principal. Quelles sont les prestations visées par « prestations complémentaires en silicone » ?

REPONSE

Par « prestations complémentaires en silicone », sont visées les prestations 641933, 641970 et 642154 du groupe principal III, les prestations 642751, 642795 et 642832 du groupe principal IV, les prestations,

642994, 643554, 643591, 643613 et 643635 du groupe principal V, les prestations 644416, 644453 et 644490 du groupe principal VI et les prestations 644674, 644711, 644755 et 644770 du groupe principal VII.

Les prestations 641955, 641992, 642773, 642810, 643532, 643576, 644431, 644475, 644696 et 644733 concernent l'intervention de l'assurance obligatoire pour les centimètres supplémentaires à une pelote de base visée aux prestations 641933, 641970, 642751, 642795, 642994, 643554, 644416, 644453, 644674 et 644711. Ces prestations, qui vont toujours de pair avec une des prestations (pelote de base) reprises à l'alinéa premier, ne sont pas visées par « 4 prestations complémentaires en siliconés au § 18, E., 2., b. »

REGLE INTERPRETATIVE 31 (en vigueur depuis le 01.03.2012) (M.B. du 12.11.2012)

QUESTION

A combien de pièces remboursables a droit un patient quand il atteint ses 18 ans pendant son traitement ?

REPONSE

Pour la détermination du nombre maximum de pièces remboursables sur une période de 24 mois, c'est l'âge au moment de la première prestation qui compte. Lorsque celle-ci a lieu avant le 18e anniversaire, le patient a droit à 8 prestations de base, par groupe principal, par 24 mois.

Quand une chirurgie correctrice tardive est réalisée, c'est l'âge au moment de la première prestation après la chirurgie correctrice qui compte pour la détermination du nombre maximum de pièces remboursables.

MODIFICATION D'UNE RÈGLE INTERPRÉTATIVE ARTICLE 35bis, § 1er (implants – orthopédie et traumatologie)

La règle interprétative 26 est remplacée par la disposition suivante :

REGLE INTERPRETATIVE 26 (en vigueur depuis le 01.08.2012) (M.B. du 11.12.2012)

QUESTION

Peut-on facturer deux fois le forfait des prestations arthroscopiques 733714-733725, 733736-733740, 733751-733762, 733773-733784, 733795-733806, 733810-733821, 733832-733843, 733854-733865, 733876-733880, 733891-733902, 733913-733924, 733935-733946, 733950-733961, 733972-733983, 733994-734005, 735873-735884, 733655-733666 lorsque l'intervention se fait de manière bilatérale ?

REPONSE

Non, le forfait des prestations arthroscopiques 733714-733725, 733736-733740, 733751-733762, 733773-733784, 733795-733806, 733810-733821, 733832-733843, 733854-733865, 733876-733880, 733891-733902, 733913-733924, 733935-733946, 733950-733961, 733972-733983, 733994-734005, 735873-735884, 733655-733666 ne peut être attesté qu'une seule fois même lorsque l'intervention est bilatérale.

ANNONCES

- 12065 **LE QUESNOY (FRANCE) : RADIOLOGUES** belges cherchent successeurs pour cabinet privé libéral situé dans centre médical. Rx, écho, séno, ostéodensitométrie, vac scanner et possibilité développer vac IRM. Agréé dépistage ADCN. Contact : anne.defays@scarlet.be – GSM : 00.32.473.94.47.47.
- 12081 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : Les hôpitaux de Marche-en-Famenne et Bastogne (Vivalia-IFAC) engagent des **MEDECINS SMA/SMU** pour leurs services d'urgence. Conditions attrayantes. Contacter le Dr L. Decelle : decelle.lydie@ifac.be
- 12089 **NIVELLES** : Cabinet privé de radiologie (Radiologie générale et dentaire numérisée, Echographie-Doppler, Sénologie, Densitométrie) cherche **RADIOLOGUE(S)**. Reprise progressive du cabinet possible. Horaires et modalités à convenir. Contact : jean.pol.lousse@skynet.be
- 12092 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : Les hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne (Vivalia-IFAC) engagent des médecins **SMA/SMU** pour leurs **SERVICES D'URGENCE**. Conditions attrayantes. Contacter le Dr L. Decelle : decelle.lydie@ifac.be
- 12103 **MARCHE-EN-FAMENNE** : L'hôpital de Marche-en-Famenne (Vivalia – IFAC) recherche un **GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN**. Conditions attrayantes. Contacter le Dr Ph. Deleuse – philippe.deleuse@vivalia.be – Dr G. Gilles – georgeygilles@gmail.com
- 12113 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : Les hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne (Vivalia - IFAC) recherchent un **PNEUMOLOGUE** avec tropisme pour le laboratoire du sommeil. S'adresser au Dr Robert SIMONS, chef de service - simons.robert@ifac.be
- 12123 **BRUXELLES** : Centre médical privé des Iles d'Or à 1200 Bruxelles annonce la possibilité de reprendre une consultation de **DERMATOLOGIE** (départ pension) ainsi que l'ouverture d'une consultation pour un **PNEUMOLOGUE, GASTRO-ENTEROLOGUE, UROLOGUE, NEUROLOGUE, PSYCHIATRE, NEPHROLOGUE, PEDIATRE, CHIRURGIEN, ORTHOPEDISTE** (fr, néerl., angl.). Contact dr Dewit Brigitte : brigitte.dewit@skynet.be ou 0475/62.94.41.

- 12124 **BRUXELLES** : Quality Medicals, groupement de polycliniques, recherche des **RADIOLOGUES** et **SENOLOGUES** pour développer son service radiologie/sénologie. Conditions intéressantes. Infos : 0478/32.67.42
- 12125 **WATERLOO** : Cabinet médical de la Cense accepte spécialiste en **PEDIATRIE, ORTHOPEDIE** et **MEDECINE INTERNE (ONCOLOGIE, ENDOCRINOLOGIE, PNEUMOLOGIE, RHUMATOLOGIE)**. Locaux lumineux bien équipés avec secrétariat. Disponibilités les lundi, mardi, jeudi, vendredi et samedi matin par modules de 4 heures ou les lundi, mardi, mercredi et vendredi après 18 h; tarif modérés. Pour toute information, veuillez contacter le Docteur JP Maisin au 0475/29.55.44.
- 12126 **BRUXELLES** : Le CHU Brugmann recrute : **MEDECIN SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE – CLINIQUE DE GERIATRIE (H/F)**. (Sans date de clôture)
Les conditions d'accès, le profil et les missions sont à consulter sur <http://www.chu-brugmann.be>. Intéressé? Adressez votre lettre de motivation et votre CV à M. Pol LOUIS, Directeur Général, CHU Brugmann, 4, Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.
- 12127 **FRANCE** : **CABINET DE CARDIOLOGIE** sur port de la Méditerranée. 65000 hab. A céder gratuitement importante patientèle. Travail en association avec une jeune cardiologue. Beau cabinet dans immeuble médical très bien équipé pour le non-invasif. Pas de garde ni de contrainte. Possibilité vacances hôpital. Pour plus de renseignements : jfguidicelli@gmail.com - tél. : 00.33.6.19.43.16.82.
- 12128 **SUISSE** (canton de Neuchâtel) : Le Centre neuchâtelois de psychiatrie est un établissement autonome de droit public qui conduit, en collaboration avec les institutions partenaires, la politique sanitaire publique en matière de santé psychique. Afin d'optimiser ses prestations, il met au concours, pour son département de psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, des postes de **MEDECINS SPECIALISTES FMH** et jugé équivalent **EN PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHERAPIE D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS** ainsi que des postes de **MEDECINS ASSISTANTS EN FORMATION AVANCEE** (taux d'activité 100% ou à convenir). Pour de plus amples informations, veuillez consulter notre site : www.cnp.ch/travailler-au-cnp. Le Dr Michael Renk, médecin-chef de département, se tient également à disposition pour toutes questions complémentaires (michael.renk@cnp.ch – 00.41.32.889.69.65).
- 12129 **BRUXELLES** : Le CHU Brugmann recrute :
a) **MEDECIN RESIDENT AU SERVICE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE (H/F)**. (Clôture le 07/01/2013)
b) **MEDECIN RESIDENT AU DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE - CLINIQUE DE NEPHROLOGIE (H/F)**. (Clôture le 12/01/2013)
Les conditions d'accès, le profil et les missions sont à consulter sur <http://www.chu-brugmann.be>. Intéressé? Adressez votre lettre de motivation et votre CV à M. Pol LOUIS, Directeur Général, CHU Brugmann, 4, Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.
- 12130 **RADIOLOGUE POLYVALENT**, y compris sénologie, cherche activité partielle ou temps plein. Contact : josiane@gbs-vbs.org

Table des matières

• Vers un accord médico-mutualiste 2013/2014? That's the question!	1
• Formation continue et bureaucratie.....	3
• Journée d'étude de l'A.P.S.A.R. 'The Future in Anaesthesia' – 23.02.2013 : Programme	5
• De médecin spécialiste en radiothérapie-oncologie à médecin spécialiste en oncologie médicale : date limite pour l'introduction de la demande le 31.12.2012	6
• Nomenclature : articles 11, § 2, et 14, b) (neurochirurgie).....	6
• Nomenclature : article 34, § 1er, a) (traitements percutanés transluminaux vasculaires).....	7
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	7
• Modification et insertion de règles interprétatives articles 5 et 6 (soins dentaires).....	7
• Nouvelles règles interprétatives article 29, § 1 ^{er} (orthopédistes)	8
• Modification d'une règle interprétative article 35bis, § 1 ^{er} (implants – orthopédie et traumatologie)	9
• Annonces	9

GARE AUX ARNAQUES !

Nous avons appris que des formulaires d'actualisation de vos données dans des "guides de médecins" circulent à nouveau.

Nous vous rappelons qu'il s'agit souvent d'arnaques. Il convient de lire ces formulaires très attentivement ! Une méthode fréquemment utilisée par ces arnaqueurs consistent à glisser intentionnellement une petite erreur dans vos données. Si vous corrigez ces données, signez le document et renvoyez celui-ci, vous concluez très souvent sans le vouloir un contrat très onéreux, d'une durée de trois ans, pour un produit dont vous n'avez aucunement besoin.

Au cas où vous auriez malheureusement déjà renvoyé le formulaire signé, nous vous conseillons de ne surtout pas payer et adressez-vous au GBS pour obtenir une lettre standard à envoyer.

Pour de plus amples informations, consultez notre dossier complet sur www.gbs-vbs.org, rubrique "e-spécialiste" : [e-spécialiste n° 154 du 04/08/10](#) : Attention à l' "AnnuairePro" !