
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
des 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° 5/ AOUT 2014

Bureau de dépôt : Bruxelles

LE GBS CÉLÈBRE SES 60 ANS LE 11 OCTOBRE 2014 : LA MÉDECINE SPÉCIALISÉE : DE L'ÉVOLUTION À LA RÉVOLUTION¹

Le GBS fêtera ses noces de diamant en 2014. Le Groupement belge des Unions Professionnelles de médecins spécialistes a été fondé le 28 mai 1954. Ses statuts ont été publiés dans les annexes de l'édition du 15 juin 1954 du Moniteur Belge.

Au cours de ces soixante dernières années, le monde a vécu d'énormes changements. La médecine n'y a pas échappé, elle qui a vu sa pratique évoluer au gré de développements majeurs des connaissances et des technologies.

Au niveau politique, la sixième réforme de l'état a avalisé le transfert d'importantes compétences de l'état fédéral aux régions et communautés. Ce transfert de compétences vise notamment les soins de santé ; il concerne entre autres la fixation des normes hospitalières, et l'agrément des médecins. Le GBS adaptera d'ailleurs sa structure et son fonctionnement sur cette nouvelle réalité lors d'une assemblée générale extraordinaire qu'il tiendra le 11 octobre 2014.

Le financement des soins de santé reste une matière fédérale. Etant donné la situation économique, l'état fédéral devra vivre selon ses moyens. Le leitmotiv de l'accord de gouvernement fédéral est de trouver 17 milliards d'euros le gouvernement précédent d'un communiqué de presse suite à un conseil restreint au cours duquel la ministre fédérale des affaires sociales et de la santé publique, Laurette Onkelinx, avait affirmé à l'adresse du monde médical sa volonté de mettre en œuvre sa « feuille de route ».

**SYMPOSIUM
11.10.2014**
∞
**BIBLIOTHEQUE
ROYALE**
∞
BRUXELLES

Le GBS adaptera d'ailleurs sa structure et son fonctionnement sur cette nouvelle réalité lors d'une assemblée générale extraordinaire qu'il tiendra le 11 octobre 2014.

Comment maintenir des soins de santé abordables financièrement? Comment préserver l'accessibilité de notre système de soins de santé ? Ces importants défis devront être relevés dans les prochaines années. Au cours du symposium organisé par le GBS le 11 octobre à l'occasion de son sixième anniversaire, les orateurs disséqueront les multiples aspects de cette foudroyante évolution de la médecine et de l'environnement dans lequel elle est pratiquée.

Durant la première partie du symposium, les participants pourront apprécier les points de vue de Maître Tom De Gendt, spécialiste du droit de la santé, de Monsieur François Daue, consultant en soins de santé et du Professeur Koen Kas, biotechnologue avant-gardiste, qui vous

¹ Vous trouverez joint au bulletin un flyer avec tout le programme du symposium

présentera sa vision sur le futur des soins de santé. Pendant la seconde partie, des présentations flash de dix minutes précises vont se succéder, au cours desquelles 8 spécialistes donneront un aperçu concis des (r)évolutions apparues dans leurs disciplines respectives. Voilà qui promet une matinée rythmée, pour laquelle nous avons demandé trois points d'accréditation en éthique et économie.

Le GBS plaide en faveur d'une évolution de notre système de soins, et non d'une révolution, essentiellement en vue de préserver les acquis reconnus de notre actuel système de santé. Néanmoins, nous ne pouvons aujourd'hui faire l'impasse sur la révolution technologique qui est en marche. Comment combiner cette révolution avec l'évolution souhaitée de notre système de soins : voilà le fil conducteur de ce symposium.

POINT DE VUE DU GBS SUR LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES HÔPITAUX

Pendant que les belges vaquent à leurs activités d'été, dans l'attente de la formation du gouvernement, le 26 juin dernier, le KCE, le centre d'expertise fédéral a convoqué des représentants de toutes les parties prenantes (médecins, mutuelles, direction d'hôpital, organisations de patients, syndicats, partenaires sociaux...) pour présenter à un public restreint la feuille de route 2025 qui propose une refonte du financement des hôpitaux, en présence du président du GBS, le Dr Jean-Luc DEMEERE. La feuille de route 2025 remet radicalement en question l'ensemble du système de soins santé belge, et ambitionne ainsi de révolutionner un système de soins, qui s'il n'est pas le meilleur, est certainement celui dont les patients sont, et restent de loin les plus satisfaits d'Europe.² S'il y a lieu de l'améliorer, de chercher des solutions pour encore augmenter son efficacité, son accessibilité et sa qualité, et pour le rendre plus transparent faut-il pour autant le mettre à plat ? Le choix d'une voie révolutionnaire préoccupe le GBS, qui a débattu dans ses instances des conclusions de la feuille de route au cours des réunions de son comité exécutif et à la dernière réunion de son comité directeur pour rédiger une note à l'intention du KCE pour exprimer ses inquiétudes quant au caractère excessif de ces propositions, note qui sera annexée au rapport final du KCE³.

Pour le GBS, rien ne justifie réellement une réforme aussi radicale, qui sera longue et coûteuse à mettre en place, alors que notre système de soins même s'il n'est pas idéal, apparaît néanmoins satisfaire très largement les patients. Le GBS plaide donc pour une évolution plutôt qu'une révolution du système de soins en Belgique.

La refonte du financement du système de soins proposée s'articulerait autour de 8 axes :

- **Le budget hospitalier**, celui-ci deviendrait stable et transparent pour couvrir des coûts justifiés. Pour ce faire, le KCE propose notamment de remplacer le financement actuel de l'hôpital par la nomenclature et le budget des moyens financiers par un mix DRG/budget global. Ce faisant, on parviendrait selon le KCE à rationaliser l'offre de soins. Le prix à payer ? Outre les désavantages bien connus⁴ du financement forfaitaire ? Tout d'abord le

² <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>

³ Et publiée dans un prochain numéro du « Médecin Spécialiste ».

⁴ Les inefficiences engendrées par la mise en place d'un financement purement forfaitaire à l'étranger ont été largement étudiées et documentées ; les pays qui recourent à ce type de financement ont des coûts de fonctionnement supérieurs aux coûts belges, et de multiples inefficiences ont été constatées. Le GBS renvoie notamment au succès en demi-teinte de la mise en œuvre de la forfaitarisation en France : Cordier A., un projet global pour la stratégie nationale de santé, plus d'infos sur <http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages.pdf>, juin 2013. Dans ce rapport sur les résultats de la mise en place en France d'un financement forfaitarisé de l'hôpital, il ressort que les effets de la forfaitarisation sont : Effet de rente contraire à l'éthique médicale et soignante, la mise en place d'une culture de majoration des recettes par l'activité dans les hôpitaux publics, la méfiance encore plus grande

remplacement de l'hôpital général par une partition d'hôpitaux régionaux et d'hôpitaux de référence, seuls autorisés à traiter des pathologies complexes, ensuite la réduction de la cogestion à la consultation des médecins dans des fonds d'investissement et des fonds qualité, et enfin l'abandon des rétrocessions d'honoraires à l'hôpital. Reste encore à rationaliser les entrées et sorties d'hôpital en faisant du médecin généraliste le case manager, qui décide de l'admission du patient, ou de son traitement dans un circuit ambulatoire dont les contours précis restent à dessiner.

- **La rémunération des médecins spécialistes** deviendrait transparente : le KCE propose de remplacer le système actuel par des honoraires médicaux équitables, équilibrés, et purs : cela implique un réajustement entre les honoraires qui deviendraient essentiellement basés sur le temps de travail, ajusté par l'expérience, le risque, le stress et la pénibilité.⁵
- **Le paysage de soins** serait partitionné : le KCE propose d'organiser l'offre de soins par zones géographiques de soins où coexistent l'hôpital régional et le centre de référence. Reste que le KCE n'a pas évoqué la configuration de ce découpage, qui risque de ne pas plaire à tout le monde
- **Les hôpitaux universitaires** : le KCE les juge surcapacitaires et avec un déséquilibre dans la répartition géographique ; ils devraient exceller dans l'enseignement, la recherche et l'innovation
- **La gouvernance macro-économique** : le KCE propose de mettre à plat le modèle de concertation actuel et le remplacer par une structure de gouvernance réduite avec les autorités, des groupes d'intérêt, des experts techniques, et des citoyens/patients
- **La qualité** : le KCE veut mettre en place une politique d'amélioration globale de la qualité pour contrecarrer les incitants contre-productifs du financement de l'hôpital par DRG et mettre en place des initiatives P4P (pay for performance)⁶
- **Les innovations** devront se faire dans l'intérêt du patient, et seront stimulées par la concurrence entre établissements

Même si les experts du KCE n'ont pas mis la situation des médecins spécialistes extra-muros à l'ordre du jour, ils ont néanmoins sous-entendu que la médecine spécialisée extra-muros pourrait être forfaitarisée. Dans une logique de « trajet de soins », tous les spécialistes travaillant hors de l'hôpital devraient alors s'affilier à l'un d'entre eux, et être financés de la même manière. Théoriquement, il y a moyen d'attribuer honoraire forfaitaire aux médecins extra-muros.

Pour résumer la réponse détaillée du GBS au KCE : le GBS s'étonne et déplore une présentation d'apparence faussement consensuelle de cette note, et se demande finalement quelle est son utilité, si ce n'est d'attiser les braises d'un débat qui n'a presque plus rien à voir avec la qualité de la médecine ou avec la gestion efficiente des ressources disponibles pour soigner la population.

Le GBS rappelle que :

- Il s'oppose catégoriquement à la mise en place d'un financement forfaitaire par

du corps médical à l'égard de l'administration, l'apparition de déséquilibres régionaux grandissants, des coûts de gestion et de contrôle croissants.

⁵ Les disparités entre honoraires de médecins ont été mises en évidence dans une étude biaisée (c'est le moins qu'on puisse dire puisque l'échantillon d'hôpital était tout sauf représentatif) dans le KCE Reports 178B, « Manuel pour une tarification des interventions hospitalières basée sur les coûts » disponible à l'adresse: <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/manuel-pour-une-tarification-des-interventions-hospitalieres-bas%C3%A8s-sur-les-co%C3%BBts#.U9phrfmSzo4>

⁶ KCE Reports 121B, « Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier 'all-in' par pathologie » disponible à l'adresse suivante : https://kce.fgov.be/fr/publication/report/%C3%A9tude-de-faisabilit%C3%A9-de-l%E2%80%99introduction-en-belgique-d%E2%80%99un-syst%C3%A8me-de-financement-ho#.U9phC_mSzo4

pathologie, dans le cadre d'un budget fermé, tel qu'il a été présenté dans la feuille de route 2025.

- Il dénonce les propositions du KCE qui propose de combiner les systèmes de financement pour aboutir à un compromis et atteindre des objectifs contradictoires : qualité, accessibilité et efficience des soins prodigués.
- Le financement par DRG fermé s'apparente à une réduction pure et simple de l'offre de soins, qui pourrait entraîner outre une détérioration de la qualité, une détérioration du climat social dans le secteur des soins de santé, puisque les médecins ne seraient pas les seuls touchés. Il y aura des pertes d'emploi importantes au niveau des infirmiers et autres paramédicaux si les recommandations sont intégralement suivies.

Le GBS souligne également la présentation purement idéologique de la feuille de route :

- Les objectifs financiers formulés sont très vagues, jamais chiffrés
- il n'est nulle part démontré que des économies pourraient être réalisées, bien que c'était le point de départ du Kern du 31.03.2013. La note ne met pas non plus en évidence les étapes à suivre pour assurer la transition du système actuel vers le système que le KCE propose.

La feuille de route évoque l'horizon 2025, bien sûr tous ces changements seront sans doute graduels ; évidemment le GBS plaide pour l'amélioration de l'efficacité et l'efficience du système de soins à l'horizon 2025, mais estime qu'il y a moyen de faire autrement.

La feuille de route 2025 est une note aussi ambitieuse qu'elle est décousue, car d'une part il est difficile d'y lister des propositions pour le changement, et d'autre part l'évaluation s'y limite parfois à des données qualitatives ou même idéologiques.

Il n'y a dans cette feuille de route que des slogans, aucune proposition concrète correctement chiffrée, évaluée et validée. Il n'en reste pas moins que tout y est dit. Derrière ces idées, que le KCE ne manquera pas de rappeler à l'oreille d'un ministre fédéral de la santé qui n'est pas encore connu, nous devinons toujours habilement dissimulée l'idée d'économiser toujours plus sur les honoraires des médecins spécialistes, et de leur faire payer tous les dérapages budgétaires du système de soins de santé.

LES PÉDIATRES SONT TRÈS PRÉOCCUPÉS PAR L'IMPACT DES PROGRAMMES DE SOINS POUR ENFANTS SUR LA QUALITÉ DES SOINS

Communiqué de presse (03.07.2014) de l'Association Professionnelle Belge des Pédiatres et du Groupement Belge des Pédiatres Hospitaliers Locorégionaux

Les Associations pédiatriques sont très inquiètes par les dispositions contenues dans les nouveaux arrêtés royaux concernant les programmes de soins pédiatriques car ils contribuent à réduire considérablement la qualité des soins pour nos patients.

La Commission Nationale des Etablissements Hospitaliers a invité le Collège de Pédiatrie en 2012 à présenter sa vision sur l'organisation de soins de qualité pour les enfants malades dans le cadre d'une actualisation du programme de soins de 2006.

Dans les mois qui ont suivi, le CNEH a élaboré un premier texte de travail qui a soulevé de nombreuses critiques de la part du Collège de Pédiatrie dans la mesure où des recommandations essentielles du Collège n'avaient pas été prises en compte. Différentes lettres ont été adressées au CNEH et à la ministre compétente.

Une délégation de l'Académie belge de Pédiatrie a rencontré des membres du cabinet ministériel pour leur faire part de notre désapprobation, notamment en ce qui concerne le programme de base. Ensuite, pendant près de 2 ans, nous n'avons jamais été informés du contenu exact des textes en préparation.

Brusquement, en fin de législature, ont été publiés plusieurs arrêtés royaux organisant les soins pour enfants dans différents programmes, sans concertation avec les groupements représentatifs des pédiatres (Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde, Association Professionnelle Belge des Pédiatres, Société Belge de Pédiatrie, Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française, les départements universitaires de pédiatrie) qui sont réunis au sein de notre Académie, le Collège de Pédiatrie et le Groupement Belge des Pédiatres Hospitaliers Locorégionaux qui sont hautement concernés par ces nouveaux programmes.

De plus, depuis le 1^{er} juillet, ce sont les régions qui sont compétentes dans l'application des programmes. Il aurait été plus sage de consulter les pédiatres soucieux du bien-être de leur patient plutôt que d'édicter des articles parfois incompréhensibles et certes ouverts à des interprétations parfois contradictoires dont les auteurs ne semblent pas avoir compris toutes les conséquences.

Nos Associations pédiatriques se réservent le droit de préparer une argumentation détaillée en temps utile.

Nous exprimons nos plus vives inquiétudes quant aux répercussions qu'auront ces mesures sur la qualité des soins offerts aux enfants malades. Ce communiqué est une demande ouverte à revoir les autorités fédérale et régionales pour les sensibiliser au danger que représente une application rigide de la loi.

Dr Michel PLETINCX
Président de l'Association Professionnelle Belge
des Pédiatres

Dr Patrick DEGOMME
Président du Groupement Belge des
Pédiatres Hospitaliers Locorégionaux

AU MONITEUR BELGE DU 08.08.2014:
• **29 AR ET AM CONCERNANT LES SOINS DE SANTE**
• **E.A. PROGRAMMATION PET ET RMN, NORMES POUR LA FONCTION**
'MALADIES RARES', PROGRAMME DE SOINS 'SOINS DE L'AVC'

Dans le Moniteur Belge du 8 août 2014, pas moins de 29 arrêtés royaux et arrêtés ministériels en provenance du SPF Santé publique ont paru.

Les arrêtés d'exécution liés à l'élargissement du nombre de PET et de RMN programmées sont les plus remarquables.

D'autres textes législatifs importants ont également paru, et entre autres l'arrêté relatif aux normes auxquelles une fonction maladies rares doit répondre, et l'arrêté relatif aux normes relatives au programme de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral » doit répondre.

En raison des délais et de la place disponible, nous vous fournissons dans cette édition du bulletin une liste des intitulés des arrêtés publiés au Moniteur du 08.08.2014 les plus pertinents pour les médecins spécialistes.

En raison de l'impact important de certains textes, nous reviendrons certainement plus en détails pour commenter l'impact de certains arrêtés publiés.

En attendant, vous pouvez déjà consulter les publications sur le site du Moniteur Belge, à l'adresse suivante: http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm , choisissez dans la liste source: 'SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE...' et au niveau 'Date de publication', remplissez: 2014-08-08. Vous pouvez également vous adresser au secrétariat pour obtenir une copie de ces textes (tel. 02/649.21.47, fax 02/649.26.90, info@vbs-gbs.org).

Protocole d'Accord ' Plan VHC ' Vu les compétences respectives dont l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution – p. 57926
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi du 10 juillet 2008 coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables à la fonction « Maladies rares » – p. 57878
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles une fonction « maladies rares » doit répondre pour être agréée et le rester – p. 57879
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables aux centres de référence « Maladies rares », également appelés « centres d'expertise » – p. 57882
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant les caractéristiques pour la désignation de centres de référence « maladies rares », appelés « centres d'expertise », dans les fonctions « maladies rares » agréées – p. 57883
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables au réseau « maladies rares » – p. 57884
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant les normes d'agrément pour le réseau « maladies rares » – p. 57885
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l' évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux – p. 57887
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal portant la liste de l'appareillage médical lourd au sens de l'article 52 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins – p. 57888
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 décembre 2006 fixant les normes auxquelles un service de médecine nucléaire où est installé un scanner PET doit répondre pour être agréé comme service médico-technique au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 – p. 57889
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant le nombre maximum de scanners PET et de services de médecine nucléaire où est installé un scanner PET pouvant être exploités – p. 57891
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 2006 fixant les normes auxquelles un service où un tomographe à résonance magnétique est installé doit répondre pour être agréé – p. 57892
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 octobre 2006 fixant le nombre maximum de services où un tomographe à résonance magnétique est installé qui peuvent être exploités – p. 57893
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant le nombre maximum d'appareils de tomographie à résonance magnétique pouvant être exploités – p. 57894
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux , coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987 – p. 57906
25 AVRIL 2014. - Arrêté royal établissant la liste des qualifications professionnelles particulières pour les kinésithérapeutes – p. 57908

25 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères communs d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir d'une qualification professionnelle particulière – p. 57909
22 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en kinésithérapie pédiatrique – p. 57910
22 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en rééducation abdomino-pelvienne et kinésithérapie périnatale – p. 57912
22 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en kinésithérapie neurologique – p. 57915
22 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en thérapie manuelle – p. 57917
22 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en kinésithérapie cardiovasculaire – p. 57920
22 AVRIL 2014. - Arrêté ministériel fixant les critères particuliers d'agrément autorisant les kinésithérapeutes à se prévaloir de la qualification professionnelle particulière en kinésithérapie respiratoire – p. 57922
19 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre – p. 57895
19 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins , visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et indiquant les articles de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins applicables à ceux-ci – p. 57896
19 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant les normes auxquelles les programmes de soins « soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) » doivent répondre pour être agréés – p. 57897
19 AVRIL 2014. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée – p. 57902
19 AVRIL 2014. - Arrêté royal rendant certaines dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables au réseau « soins de l'accident vasculaire cérébral » – p. 57903
19 AVRIL 2014. - Arrêté royal fixant les normes d'agrément pour le réseau « soins de l'accident vasculaire cérébral » – p. 57904

**NOMENCLATURE : ARTICLE 29 (ORTHOPEDIE)
(en vigueur le 01.10.2014)**

21 JUILLET 2014 - Arrêté royal modifiant l'article 29 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 04.08.2014)

Le texte intégral (9 pages) de cet A.R. à propos des prothèses myoélectriques est disponible sur demande auprès du secrétariat du GBS (tél.: 02/649.21.47 – fax: 02/649.26.90 – info@vbs-gbs.org)

IMPLANTS (en vigueur le 01.09.2014)

25 JUIN 2014 - Arrêté royal fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs (M.B. du 01.07.2014; Ed. 2)

Cet Arrêté Royal détaillé (203 articles, 53 pages + annexes: 12 pages pour l'ophtalmologie, 35 pages pour la neurochirurgie, et 7 pages pour l'ORL) est consultable sur les minisites des unions professionnelles de neurochirurgie, ophtalmologie, et ORL (www.gbs-vbs.org > VOTRE UNION).

NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES

ARTICLE 12 (ANESTHESIOLOGIE)

(M.B. 24.06.2014 – en vigueur le 01.07.2010)

REGLE INTERPRETATIVE 26

QUESTION

Peut-on attester l'anesthésie épidurale lors de la prestation 423500 Surveillance et exécution de l'accouchement par une accoucheuse durant le week-end ou un jour férié ?

REPONSE

En attendant une adaptation de la nomenclature, la prestation 202193-202204 peut aussi être portée en compte lorsqu'une anesthésie épidurale est pratiquée au cours de la prestation 423500.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} juillet 2010.

ARTICLE 14 J) (UROLOGIE)

(M.B. 04.08.2014 – en vigueur le 01.07.2014)

La règle interprétative 10 est abrogée.

Cette abrogation produit ses effets le 1^{er} juillet 2014.

ARTICLE 25 (SURVEILLANCE DES BENEFICIAIRES HOSPITALISES))

(M.B. 24.06.2014 – en vigueur le 01.11.2011)

REGLE INTERPRETATIVE 22

QUESTION

Pour les prestations 597586 et 597601, honoraires pour la concertation pluridisciplinaire dans un service A, la première règle d'application stipule : "les prestations ne peuvent être attestées qu'une fois tous les quinze jours, durant le premier mois de l'hospitalisation dans un service A et ensuite une fois par mois".

Comment doit être interprété l'intervalle de temps ?

REPONSE

Pendant le premier mois, les prestations peuvent être attestées pour les deux semaines. Un mois est une période de date à date et non mois calendrier.

La prestation de référence est toujours l'attestation précédente : le minimum d'intervalle entre deux prestations est donc :

Pendant le premier mois d'hospitalisation :

- première attestation : D1
- deuxième attestation : D2 = D1 + 14 jours

Ensuite (à partir du deuxième mois d'hospitalisation) :

- troisième attestation : D3 = D2 + 14 jours
- quatrième attestation : D4 = D3 + 30 (31) jours et ainsi de suite.

La règle interprétative précitée produit ses effets le 1^{er} novembre 2011.

ARTICLE 35, § 1 (IMPLANTS)

(M.B. 30.06.2014 – en vigueur le 30.06.2014)

REGLE INTERPRETATIVE 26

QUESTION

La nomenclature fait référence à "la stimulation du cordon médullaire" via les prestations 683093 -683104, 715094 - 715105, 683115 - 683126, 683130 - 683141, 715116 - 715120, 715131 - 715142.

Dans ce cadre, est-ce que la stimulation des ganglions de la racine dorsale (DRG Stimulation) est une technique qui répond aux exigences de la nomenclature ?

REPONSE

Non, la stimulation des ganglions de la racine dorsale (DRG Stimulation) n'est pas une technique qui répond aux exigences de la nomenclature via les prestations 683093 - <683104>; 715094 - 715105; 683115 - 683126; 683130 - 683141; 715116 - 715120; 715131 - 715142.

La règle interprétative 26 prend ses effets le jour de la publication.

ANNONCES

- 14091 **CHARLEROI** - La POLYCLINIQUE NEUTRE DE CHARLEROI recherche Un/Une PHYSIO-THERAPEUTE pour quelques heures de prestations le lundi matin de 9h à 12h et pour des remplacements info : 071/205 300 ou par email : ffontinoy@mut216.be.
- 14090 **SAINT-VAAST** - Centre médical (rue Bastenier 99, 7110 Saint-Vaast) cherche d'urgence un ophtalmologue pouvant effectuer des consultations. Contact : Drs Dore et Formato, tél. 064/28 17 00.
- 14089 **BASTOGNE/MARCHE-EN-FAMENNE** - VIVALIA – IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en pneumologie, temps plein, chef de service. Info. : philippe.deleuse@vivalia.be
- 14088 **SITE DE JOLIMONT** - L'asbl Centres Hospitaliers Jolimont recherche médecins :
- urgentistes porteurs du diplôme de Docteur en Médecine spécialisée en médecine aiguë : SMA, SMU, TSPSU. Contact : Dr RAVOET, dir.méd.- christophe.ravoet@entitejolimontoise.be - Dr DERUE, dir. méd.adj. genevieve.derue@entitejolimontoise.be ou Dr LEACH, chef de service soins d'urgence robert.leach@entitejolimontoise.be.
- 1 dermatologue général (une sur-spécialité est un atout et particulièrement en allergie de contact).
Contact : Dr RAVOET, dir.méd. christophe.ravoet@entitejolimontoise.be , Dr DERUE, dir. méd. adj. genevieve.derue@entitejolimontoise.be ou Dr ADAM, dermatologue (dermadam@hotmail.com).
- 2 rhumatologues (une polarité en rhumatologie peut être un atout). Contact : Dr RAVOET, dir.méd. christophe.ravoet@entitejolimontoise.be , Dr DERUE, dir. méd. adj. genevieve.derue@entitejolimontoise.be
- 1 anatomo-pathologiste. Contact : Dr RAVOET, dir. méd. christophe.ravoet@entitejolimontoise.be , Dr DERUE, dir.méd. adj. genevieve.derue@entitejolimontoise.be ou Dr PARTOUNE, chef de service d'anatomie pathologique (benoit.partoune@entitejolimontoise.be).
- 14086 **BRUXELLES (1060)** - Polyclinique Verhaegen (Saint-Gilles) cherche plusieurs médecins spécialistes :
1) Pédiatre : pas de garde, ni visite, minimum 2 à 3 / 11.
2) Radiologue : Cabinet équipé radio, écho-doppler, mammo. 1/2 jour / semaine ou plus.
3) Dermatologue - 2 1/2 jours / semaine
4) Ophtalmologue : Cabinet équipé. 1/2 jour / semaine ou plus
5) Gastroentérologue (+ endoscopies) : 1/2 jour / semaine ou plus.
6) Chirurgien orthopédiste - 1/2 jour / semaine ou plus
7) Neurologue (EEG / PE) - 1/2 jour / semaine ou plus
8) Rhumatologue (EMG) - 1/2 jour / semaine ou plus
9) Pneumologue - expérience en troubles du sommeil - (cabinet à équiper pour épreuves fonctionnelles + ergospirométrie). Minimum 2 / 11èmes. Contactez le 0495 51 18 17
- 14083 **OTTIGNIES** - Clinique St-Pierre engage un médecin spécialiste en urologie (h/f) – T.PI. Renseignements : Dr J.P.HAXHE, chef de service Chirurgie viscérale, abdominale et générale, thoracique et vasculaire, urologique (jp.haxhe@clinique-saint-pierre.be). Envoyer candidature & CV détaillé au Dr Ph. PIERRE, Coordinateur Général & Directeur Méd. et/ou Dr J.P.HAXHE, chef de service Chirurgie viscérale, Clinique St Pierre, av. Reine Fabiola 9 – 1340 Ottignies

- 14080 **CHIMAY** - Le CSF de Chimay recrute un médecin (H/F) diabétologue – endocrinologue (temps partiel à déterminer). Profil médical : médecin interniste ayant la qualification diabéto-endocrino. Pour tout complément d'information : M. JP. LEVANT, Directeur général. Candidature & CV : Dr Patrice DRIESSCHAERT, médecin en chef 060.218.706 – Fax 060.218.779 - medecin.chef@csf.be, M. Jean-Paul LEVANT, directeur général 060.218.761 ou 060.218.774 – Fax 060.218.779. - jp.levant@csf.be, Kristien VAN ACKER, médecin chef de service 0475.58.40.58 – dr.k.van.acker@mac.com
- 14077 **LA LOUVIERE** - Centre Alba, Revalidation fonctionnelle de jour, engage Psychiatre 8 à 12h/semaine (pour fin 2014), barème Médecin-conseil, indépendant ou salarié. Expérience souhaitée. Envoyer CV et lettre de motivation par mail (ellipse.secretariat@skynet.be) ou par courrier (rue du Houssu 99 à 7141 Carnières) à l'attention de la Direction, Monsieur Stephan Luisetto. Date limite 1er septembre 2014.
- 14076 **GOSELIES** - L'Institut de Pathologie et de Génétique recrute des anatomo-pathologistes reconnus INAMI. Renseignements : Dr M PETEIN (michel.petein@ipg.be, 071 447157 ou site www.ipg.be.

Sommaire

• Le GBS célèbre ses 60 ans avec un symposium le 11.10.2014.....	1
• Point de vue du GBS sur la réforme du financement des hôpitaux	2
• Communiqué de presse : les pédiatres préoccupés par l'impact des programmes de soins	4
• 29 AR et AM concernant les soins de santé au Moniteur belge	5
• Nomenclature, implants, règles interprétatives	7-9
• Annonces.....	9