

---

# 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° 6 / SEPTEMBRE 2013**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## DANS L'ŒIL DU CYCLONE : LE FINANCEMENT DES SOINS DE SANTE

*Le diagnostic : selon le SPF Affaires sociales et Santé publique et l'étude de mai 2013 de l'OCDE, le financement à l'acte des prestations des médecins spécialistes belges n'est plus soutenable à cause de la crise économique et du vieillissement de la population.*

*Est-ce vraiment le cas ?*

Le GBS a également réalisé une anamnèse du financement des soins de santé, notamment en examinant le fonctionnement des systèmes de soins dans les pays voisins et en réunissant à deux reprises un think tank pour réfléchir à l'impact de la forfaitisation ou financement « all-in » des prestations de soins, le remède préconisé par le gouvernement pour maîtriser les dépenses des soins de santé, faire face aux défis du vieillissement de la population et maintenir des soins de santé de qualité accessibles à tous.

Dans notre pays, les dépenses des soins de santé sont en grande partie financées par l'assurance maladie : environ 85%<sup>1</sup> de l'assurance sociale, dont les dépenses de l'assurance maladie, est payée par les cotisations sociales des salariés, et le solde par des accises (tabac, alcool...) et divers subsides.

Selon les estimations de l'institut indépendant Itinera, ces dépenses représentent approximativement 37 milliards d'euros en 2011<sup>2</sup>. Selon des statistiques publiées par l'Organisation mondiale de la santé, la Belgique consacre 10,72% de son PIB aux soins de santé<sup>3</sup>. D'après les estimations réalisées par les experts de l'OMS, ce niveau de dépenses se situe à 1% au-dessus de la moyenne européenne. Sur base de ces statistiques publiées en 2012 pour l'année de référence 2010, le niveau de dépenses en soins de santé par habitant belge (après ajustement statistique), évalué à 3.062 euros, est comparable à celui de la France (3.068 euros) ou de l'Allemagne (3.337 euros) mais reste néanmoins inférieur à celui des Pays-Bas (3.890 euros). Les Pays-Bas possèdent le meilleur système de soins de santé d'Europe d'après Health Consumer Powerhouse, un institut suédois qui élabore chaque année un indice de référence pour comparer la qualité des soins perçue. Cet indice compile des indicateurs qui mesurent notamment les droits du patient, l'accès à l'information, l'accessibilité des soins et la prévention. Le même institut place la Belgique en 5<sup>e</sup> position de l'indice de référence et en première position en ce qui concerne l'accessibilité<sup>4</sup>.

La plupart des Belges considèrent qu'ils ont un système de soins de santé qui se classe parmi les meilleurs du monde. Des enquêtes de satisfaction, notamment relatives à l'accessibilité de la médecine spécialisée, font mieux que confirmer cette impression. La qualité et l'accessibilité perçues des soins

---

<sup>1</sup> Estimation basée sur la structure des recettes de l'INAMI, présentée dans le rapport annuel de l'INAMI 2012 pp. 13-14 et dans le rapport annuel de l'INAMI 2011 pp. 11-12

<sup>2</sup> Institut Itinera, 18 février 2013 Le financement des dépenses de soins de santé en Belgique p. 1

<sup>3</sup> Les données sont accessibles sur le site <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>4</sup> Health Consumer Powerhouse, 15 mai 2012, Eurohealth Consumer index 2012, p.16

de santé en Belgique sont encore très élevées comparées à d'autres pays européens, ce que confirment la plupart des comparaisons internationales.

La crise bancaire a touché les pays européens. La Belgique n'y a pas échappé. L'endettement public a fortement augmenté, suite au sauvetage du système bancaire. Pour faire face à cet endettement accru et éviter l'effondrement de la monnaie unique, tous les Etats sont contraints de réduire les déficits en mettant en place des politiques d'austérité, qui se traduisent notamment par un arrêt de la croissance du budget alloué aux soins de santé. Cette croissance zéro des dépenses de soins de santé, voire une réduction des dépenses de soins de santé, s'observe au travers des statistiques disponibles dans tous les pays européens depuis 2010<sup>5</sup>.

Les mesures prises commencent à toucher le portefeuille des citoyens et la santé des plus fragiles d'entre eux. Le dernier rapport du KCE sur la performance du système de soins de santé en 2012 montre un recul de l'accessibilité et de la qualité des prestations dans le groupe social le plus faible. Même si la qualité perçue du système de soins de santé belge reste élevée, son accessibilité est menacée et son financement n'est ni optimal, ni soutenable, d'autant plus que les soins de santé connaissent une évolution inflationniste : les dépenses de soins de santé continuent à croître alors que l'économie entre dans une phase de récession ou de croissance insuffisante<sup>6</sup>.

Les statistiques de l'OCDE sur la période 2000-2010 illustrent cette évolution inflationniste : les dépenses de soins de santé ont crû de plus de 3% par an alors que le PIB moyen n'a crû que de 1% par an. Quelles sont les raisons qui expliquent ce « dérapage des coûts des soins de santé » qui, remarquons-le, s'observent dans la quasi-totalité des pays membres de l'OCDE et dans presque tous les pays voisins ?

Des raisons d'ordre structurel expliquent l'accroissement des dépenses des soins de santé. Les principales sont :

- le vieillissement de la population entraînant l'augmentation des maladies chroniques,
- l'évolution technologique qui met à la disposition de la population des nouveaux dispositifs diagnostiques, thérapeutiques et interventionnels, et crée également de nouveaux besoins,
- les attentes sanitaires élevées des patients et de la population.

Des raisons d'ordre conjoncturel expliquent le faible accroissement du PIB : la crise économique, qui sévit actuellement, réduit les rentrées de l'Etat. Le nombre de citoyens inactifs augmente. C'est ainsi qu'actuellement, 42,6% de la population ne contribuent pas au financement de la santé en Belgique. Il y a donc moins d'actifs qui cotisent et, dans le même temps, l'Etat doit accroître fortement son endettement pour préserver le système bancaire. La crise économique empêche donc l'augmentation annuelle nécessaire du budget alloué aux soins de santé.

Peut-on consacrer plus de moyens au financement des soins de santé dans un contexte de crise ou de faible croissance économique ? Economiquement parlant, la réponse est non.

Même si le secteur est un des principaux pourvoyeurs de main-d'œuvre du pays (en croisant des données du ministère de l'Economie, de la Banque nationale et de l'INAMI, on peut estimer que le secteur emploie environ 9% de la population active, soit à peu près autant que l'enseignement<sup>7</sup>; de plus, à cause notamment du vieillissement de la population, le secteur peut créer des emplois peu qualifiés et résorber ainsi une partie du chômage structurel), les économistes s'accordent à dire qu'il n'y a plus de ressources supplémentaires disponibles pour le financer : le gouvernement ne peut plus compter sur une augmentation des cotisations sociales ou financer en partie les soins de santé par l'impôt. Un nombre croissant de particuliers, également sous pression à cause de la crise, ne peuvent pas non plus injecter davantage de moyens dans les assurances privées ou payer plus de leur poche leur facture d'hôpital.

Différentes enquêtes vont dans le même sens, dont parmi elles une enquête sur le financement des soins de santé effectuée par le service d'étude des Mutualités chrétiennes<sup>8</sup>. Celle-ci montre la difficulté

<sup>5</sup> L'impact de la crise économique sur les soins de santé est mis en évidence dans une étude de l'OMS parue en 2012, « Health policy responses to the financial crisis in Europe », pp. 14-15

<sup>6</sup> Etude du KCE 196B, 25 janvier 2013, La performance du système de santé belge Rapport 2012, p. 39

<sup>7</sup> Institut Itinera, 2008, L'avenir des soins de santé : oser le diagnostic et les thérapies, p.31

<sup>8</sup> Jos Kessenne (Mutualités chrétiennes), décembre 2012, MC information n° 250, Le financement des dépenses de soins de santé en Belgique, pp. 4 à 7

d'augmenter les ressources disponibles pour financer la santé. D'après ce service d'étude, seule la mise en place d'une assurance privée complémentaire obligatoire pourrait être envisagée (et seulement pour un montant modeste, car il n'est plus possible d'empiéter sur le revenu disponible du ménage moyen). En effet, l'enquête montre aussi que de plus en plus de patients retarderaient leurs soins pour des raisons purement financières. Ce n'est pas étonnant puisque, selon les statistiques de l'OMS, la part des soins de santé payée par le patient belge est elle aussi parmi les plus élevées d'Europe. D'ailleurs, une autre enquête des Mutualités chrétiennes révèle que 19% des Belges reportent une consultation nécessaire chez le spécialiste pour des raisons financières.<sup>9</sup>

En conclusion, il est donc impossible d'augmenter les revenus affectés à des prestations médicales, ni par une majoration des cotisations sociales ni par une augmentation de l'impôt, tous deux déjà parmi les plus élevés d'Europe.

Une autre alternative pour financer les soins de santé serait de mettre plus de gens au travail et plus longtemps, même à temps partiel (éventuellement en combinant le bénéfice d'une pension ou d'autres allocations), pour augmenter les recettes servant à financer les soins de santé.

Toutes autres choses égales, la croissance des dépenses de soins de santé n'est plus soutenable : lors du dernier conclave budgétaire en juin 2013, le gouvernement a annoncé la couleur en prévoyant des nouvelles économies structurelles dans les honoraires des médecins au niveau de 34 millions d'euros et de 640 millions d'euros en imposant le gel de la norme de croissance en 2014.

Cette anamnèse nous montre que le diagnostic est irréfutable : l'évolution inflationniste des dépenses de soins de santé n'est plus soutenable sans le retour de la croissance économique.

Les décideurs du système de soins de santé doivent par conséquent s'atteler à faire preuve d'inventivité pour en réduire les coûts. Le plus simple pour eux serait de diminuer les montants des prestations remboursables, la forfaitisation ou le financement all-in pour y parvenir.

*Le remède ? La mise en place d'un financement forfaitaire des prestations médicales serait-elle le seul traitement envisageable en Belgique ?*

*Ne faut-il pas craindre ses effets secondaires ?*

Pour des raisons électoralistes et clientélistes, les politiciens partent à la recherche du coupable idéal : les médecins et surtout les médecins spécialistes. Le gouvernement et particulièrement la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Laurette Onkelinx, estiment parvenir à maîtriser l'évolution des dépenses en forçant les prestataires de soins à réduire l'offre en forfaitisant dans un premier temps le financement des prestations médicales en hôpital.

La ministre Onkelinx a puisé son inspiration dans l'étude 121B du Centre fédéral d'expertise (KCE) intitulée « *Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier "all-in" par pathologie* ». Cette étude conclut que la mise en place d'un financement forfaitaire par pathologie dans les hôpitaux est possible mais que « la mise en oeuvre du nouveau système entraîne une révolution économique, culturelle et managériale qui doit se dérouler de manière phasée de manière à éviter une mise en danger du système des soins hospitaliers »<sup>10</sup>. De plus, la dernière des études économiques de l'OCDE publiée en mai 2013 recommande « d'achever la transition vers un mécanisme d'établissement des budgets hospitaliers fondé sur les pathologies, d'augmenter la part de la rémunération forfaitaire des médecins »<sup>11</sup>.

Dans un premier temps, la ministre a tenu le cap en annonçant qu'elle soumettra au Conseil des ministres, au plus tard début octobre 2013, « *une feuille de route en vue du passage à un système de financement hospitalier forfaitaire prospectif, basé sur les pathologies. Cette feuille de route s'appuiera, dans la mesure du possible, sur un avis de la Structure Multipartite, et inclura l'intervention du KCE.* »

---

<sup>9</sup> Enquêtes des mutualités chrétiennes sur les Belges et leurs prestataires de soins, juin 2013, p. 10

<sup>10</sup> Etude du KCE 121B, 25 janvier 2010, « Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier « all-in » par pathologie », p. 12

<sup>11</sup> OCDE, 7 mai 2013 « Etudes économiques de l'OCDE sur la Belgique », p. 51

Cette déclaration sonne-t-elle le glas du financement à l'acte des prestations tel que nous le connaissons aujourd'hui ? Il semble qu'en voulant imposer cette « thérapie de choc », la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique n'a pas songé à ses effets secondaires.

La ministre a mandaté le centre d'expertise (KCE) pour réaliser un examen plus attentif du financement forfaitaire des soins de santé tel que mis en place dans les pays voisins et ses conséquences tant financières que qualitatives et quantitatives. Le 17 septembre 2013, le centre d'expertise présentera à son conseil d'administration une méthodologie pour le financement all-in.

Outre le fait que la mise en place de la forfaitisation du financement des prestations médicales exige plusieurs années, comme le montrent les réformes du financement des soins de santé entreprises dans les pays limitrophes, c'est peut-être l'échéance électorale qui a freiné l'ardeur de la ministre de la Santé à prendre des mesures dont certaines conséquences s'avèreraient très impopulaires auprès de son électorat.

Il n'en reste pas moins que l'accord budgétaire visant à réaliser les économies projetées est déjà sur la table et qu'il faut espérer un retournement ou une stabilisation très improbable de la conjoncture avant le début de 2014, pour que le gouvernement en place ne prenne pas d'autres mesures d'urgence pour réaliser des économies supplémentaires.

A moyen terme, si le futur ministre des Affaires sociales et de la Santé publique décide de forfaitiser le financement des prestations de soins de santé, il faudra passer outre de nombreux écueils bureaucratiques, éthiques, culturels, légaux et de faisabilité, mis en évidence par l'étude 121B<sup>12</sup> du centre d'expertise et les expériences des pays voisins, notamment :

- Le risque d'envenimer la relation médecin-gestionnaire d'hôpital
- Les difficultés pour répartir les honoraires entre les spécialistes d'hôpitaux
- La sélection des soins et des patients, au détriment de la qualité et de l'accessibilité des soins au « profit » d'un contrôle de qualité coûteux et bureaucratique

Une fois mise sur pied, la forfaitisation va contribuer à favoriser le développement d'une médecine de fonctionnaires, salariés ou faux indépendants, d'une réduction de l'offre de services de soins de santé entraînant une « médecine à deux vitesses » généralisée comme dans certains pays de l'Est et anglo-saxons, et également d'une réduction importante de la qualité liée à la sous-consommation et à la sélection de l'offre de soins.

La forfaitisation des prestations médicales, qui peut prendre plusieurs formes suivant qu'elle inclut ou non les honoraires des médecins, n'est pas le traitement de choc approprié. En ces temps difficiles à cause de la crise économique, d'aucuns se demandent s'il ne vaut pas mieux faire l'économie d'une révolution culturelle, induite par la mise en place d'un système de financement forfaitaire.

Les auteurs du rapport 121B du KCE, bien que favorables à la forfaitisation, soulignent que mettre en place un tel système en Belgique n'irait pas de soi. Ils recommandent une certaine prudence dans la mise en place d'un financement all-in en Belgique pour différentes raisons comme la rupture de l'équilibre des forces entre gestionnaire d'hôpital et médecin, l'absence d'un système homogène d'enregistrement des coûts par patient et la fragmentation du système de financement hospitalier.

#### *La forfaitisation des prestations médicales, une thérapie de choc inadéquate ?*

Au niveau international, aucune étude sérieuse ne prouve que l'introduction d'un financement forfaitaire et l'abandon du financement à l'acte contribuent à réaliser d'importantes économies au niveau du coût global des soins de santé.

L'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé a publié une étude de synthèse sur le financement forfaitaire par pathologie dans les différents pays européens. L'étude montre que la forfaitisation contraint les hôpitaux à réduire leurs coûts.<sup>13</sup> Certains hôpitaux prennent des initiatives qui conjuguent l'efficacité (la qualité de la médecine) et l'efficience (le respect des limites budgétaires) :

---

<sup>12</sup> Etude du KCE 121B, 25 janvier 2010, « Étude de faisabilité de l'introduction en Belgique d'un système de financement hospitalier « all-in » par pathologie », pp. 135-138

<sup>13</sup> European observatory on health policy and systems, 2011, "Diagnosis related groups in Europe, moving towards efficiency and quality in Europe"

comme réduire le séjour en hôpital, choisir l'alternative de soins et d'intervention globalement la moins coûteuse pour l'hôpital et essayer d'éviter autant que possible la répétition d'examen.

Cependant l'étude montre que certains hôpitaux tenteront également de réduire leurs coûts au détriment de la qualité de la médecine, notamment en refusant les admissions de cas jugés trop complexes et dès lors trop coûteux, en omettant la réalisation de certains actes médicaux utiles aux patients, comme certaines « health maintenance organisations » (HMO) l'ont fait aux États-Unis. L'étude de l'Observatoire européen met en avant certains avantages organisationnels du financement all-in mais aussi les risques liés à l'introduction de la forfaitisation. Elle reste néanmoins muette sur l'impact d'un financement all-in sur le coût global des prestations. L'expérience des pays voisins montre que la mise en place d'un système de contrôle financier et de qualité extrêmement coûteux accompagne obligatoirement le passage du financement à l'acte au financement forfaitaire.

Il est justifié de penser que les économies réalisées sur le dos des patients et des honoraires des médecins hospitaliers grâce à la forfaitisation seront englouties dans des besoins accrus de gestion et de bureaucratie, rendant l'hôpital moins accessible au patient. La littérature anglo-saxonne est claire à ce sujet. Les scandales récents comme celui de l'hôpital de Stafford (NHS anglais) montrent également que les gestionnaires d'hôpitaux, lorsqu'ils s'impliquent dans l'organisation médicale, prennent des mesures inappropriées, voire scandaleuses, qui s'avèrent dramatiques pour la santé des patients de leur institution.

La forfaitisation est un traitement de choc, invasif, plein d'effets secondaires nocifs, et au résultat plus qu'incertain tant au niveau de l'impact sur la qualité de soins que des économies réellement réalisées. Ce nouveau mécanisme de financement des prestations médicales en hôpital transforme l'hôpital en chaîne de production. Ce faisant, le passage au financement forfaitaire transfère les pouvoirs dans l'hôpital aux directeurs et gestionnaires, qui répondent de la maîtrise des coûts, tout en laissant les médecins responsables légalement de la qualité des soins prodigués. Une telle industrialisation pourrait avoir des effets néfastes ; celle-ci menace l'équilibre des pouvoirs et de la cogestion dans l'hôpital et risque de « financiariser » à outrance des décisions de santé que le médecin doit prendre. A cela s'ajoute que la forfaitisation pourrait pousser à la hausse les coûts des prestations ambulatoires et faire monter la part du coût des prestations ambulatoires prise en charge par le patient (out of the pocket). En effet, la forfaitisation entraîne une réduction de l'offre, ce qui pourrait avoir deux conséquences :

- Certains patients financeront la création d'une offre parallèle, hors de l'hôpital (dans des centres de médecine spécialisée par exemple), ce qui donnerait indirectement naissance à une médecine à deux vitesses.
- Les patients devront honorer des prestations non prévues par le forfait (et par conséquent exclues des remboursements de l'INAMI), soit parce qu'ils les exigent quand même, soit parce que les médecins les leur recommandent.

Ce traitement de choc semble être une intervention risquée, coûteuse et dangereuse, d'autant plus qu'il fait endosser les excès des coûts du système de soins de santé par un acteur particulier, le médecin hospitalier, tout en le maintenant responsable de la santé de son patient. Rappelons qu'à l'heure actuelle, selon l'enquête MAHA sur la situation financière des hôpitaux publiée en octobre 2012, le médecin hospitalier finance, à partir de ses honoraires, 40,9% du budget de l'hôpital<sup>14</sup>. La forfaitisation risque de mettre à mal ce financement de l'hôpital par les honoraires des médecins. De plus, un financement all-in assujettirait le médecin hospitalier au bon plaisir du gestionnaire, en exerçant un contrôle sur une partie importante de ses revenus. Par contre, la médecine libérale à l'acte offre toutes les garanties aux médecins d'être associés aux gestionnaires dans la gestion de l'hôpital.

Prescrire un traitement de choc visant uniquement à responsabiliser encore plus les médecins spécialistes en hôpital n'est certainement pas un traitement adéquat pour réduire les coûts dans les soins de santé. Les médecins spécialistes hospitaliers sont suffisamment responsabilisés à la maîtrise des coûts depuis le passage du ministre Vandebroucke aux Affaires sociales : montants de référence, quotas de médicaments bon marché...

Les médecins ne sont pas les seuls responsables de l'explosion des coûts des soins de santé.

D'autres solutions existent pour contrôler l'évolution des dépenses de soins.

---

<sup>14</sup> Belfius, 18-10-2012, Analyse sectorielle des hôpitaux en Belgique, p. 2

Le GBS prône le maintien d'un financement à l'acte et des adaptations ponctuelles pour améliorer son efficacité et éviter l'explosion des coûts. Vu la situation économique et les besoins de soins de santé qui vont continuer à croître, à cause notamment du vieillissement de la population, le GBS estime qu'il faut rationaliser les dépenses sans rationner la médecine, en allouant les moyens disponibles aux prestations de soins, plutôt que de mettre en place une médecine fonctionnarisée et bureaucratique.

Il faut aussi inciter les autres acteurs (mutuelles, gestionnaires d'hôpitaux et patients) à réaliser des économies et à éviter les dérapages des coûts. A titre d'exemple, certains gestionnaires d'hôpitaux pourraient renoncer aux projets de prestige dans leurs hôpitaux, comme les robots chirurgicaux, les centres cardiologiques ou de fertilisation in vitro qui n'ont pas de justification rationnelle.

Il faut enfin inciter les partenaires sociaux à prendre des mesures pour augmenter l'emploi des Belges. Le retour à l'emploi met en place un cercle vertueux pour le financement de la santé, la croissance de l'emploi entraînant celle des recettes des cotisations sociales affectées aux dépenses des soins de santé.

En conclusion, nous estimons que, pour contrer l'explosion des coûts dans le secteur de la santé, il n'est pas possible de toucher aux prestations médicales indispensables à la qualité de vie de la population. Tous les acteurs de la santé doivent s'investir courageusement à éliminer les dépenses inutiles et à encourager l'efficacité administrative.

Il ne faut pas provoquer une révolution qui a toutes les chances de manquer son but. Cette révolution n'arrivera pas à maîtriser les coûts des soins de santé ni à maintenir ou à améliorer la qualité et l'accessibilité de notre médecine hospitalière aujourd'hui universellement reconnues.

Au nom du comité exécutif du GBS,

Olivier Lambrechts,  
Membre du staff

Dr Marc Moens,  
Secrétaire général

Dr Jean-Luc Demeere,  
Président

## **SYMPOSIUM DU GBS SUR LA RADIOPROTECTION (14.12.2013)**

Depuis la fin de l'année 2010, le GBS s'est consacré régulièrement à l'organisation de symposiums sur le thème de la radioprotection. Il existait un besoin important de ce type de symposium parmi les médecins connexistes. Les autorisations délivrées pour 10 ans par l'AFCN depuis 2001 n'étaient en effet bientôt plus valables et les titulaires d'autorisation avaient l'obligation d'apporter la preuve qu'ils avaient suivi une formation permanente. En outre, l'A.R. du 01.07.2011<sup>15</sup> a inséré dans la nomenclature une disposition stipulant que, pour pouvoir entrer en ligne de compte pour une intervention de l'INAMI, les médecins doivent être titulaires de l'autorisation délivrée par l'AFCN.

Jusqu'à présent, l'AFCN a opté pour une certaine souplesse. De manière répétée, l'attention des médecins détenteurs d'une autorisation depuis 2001 a été attirée avec insistance sur la nécessité de pouvoir prouver la formation permanente complémentaire requise. Au cours de cet été, une centaine de médecins qui, jusqu'alors, avaient négligé d'apporter la preuve de quelque formation complémentaire que ce soit ont été invités à se conformer de toute urgence aux dispositions légales sous peine de non-prolongation de leur autorisation d'utilisation des rayonnements ionisants dans leur pratique médicale. Outre cette centaine de médecins, il y a encore quelque 400 médecins ayant une autorisation avec une limite de validité en 2014 ou en 2015 et qui n'ont pas encore communiqué à l'AFCN la moindre formation permanente complémentaire depuis la délivrance de leur première autorisation.

Les symposiums répondant aux critères fixés en matière de formation permanente dans le cadre de la radioprotection pour les médecins connexistes ne sont pas légion. Ne ratez pas cette occasion et participez au symposium 'Radioprotection' organisé le 14 décembre 2013 par le GBS en collaboration avec l'AFCN. Le programme intégral et le formulaire d'inscription figurent à la page suivante.

<sup>15</sup> Arrêté royal du 1er juillet 2011 modifiant l'article 17 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, p. 43702 (M.B. du 29.07.2011).

**SYMPOSIUM DU GBS en collaboration avec l'AFCN :**  
**RADIOPROTECTION**  
**14.12.2013**

08.20-08.30	Accueil	
08.30-08.40	Introduction à la radioprotection	Dr P. VAN DER DONCKT AFCN
08.40-09.10	Initiatives de la Belgian Medical Imaging Platform	M. N. REYNDERS FREDERIX BELMIP
09.10-09.40	Direct assessment of the effects of CT X-rays in children emphasizes the importance of dose reduction in medical imaging	Prof. H. THIERENS UGent
09.40-10.10	Cadre réglementaire et culture de sûreté lors de l'utilisation de rayonnements ionisants à des fins médicales	Dr Sc. A. FREMOUT AFCN
10.10-10.35	Questions et discussion	
10.35-11.00	Pause café	
11.00-11.30	Surgeons and surgery with the use of radioscopy and fluoroscopy: risks and benefits!	Prof. Gr. DEREYMAEKER KUL
11.30-12.00	Aspects pratiques de la radioprotection en salle d'opération	Mme Fr. MALCHAIR
12.00-12.15	Questions et discussion	

**Accréditation demandée en Ethique & Economie**



**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

**N° INAMI :** ..... **Adresse :** .....  
**Nom :** ..... **Code postal :** .....  
**Prénom :** ..... **Localité :** .....  
**Spécialité :** ..... **E-mail :** .....

**Je participerai au symposium du 14.12.2013 et verse la somme de :**

Jusqu'au 25.11.2013                      Après le 25.11.2013

Membres	55 €	70 €
Non-membres	90 €	105 €
Candidats spécialistes	10 €	10 €

Sur place    130 €

**sur le compte IBAN : BE 53 06 82 09 57 11 53 (BIC : GKCCBEBB) du GBS  
avec mention du nom du participant, du numéro INAMI et  
de "Symposium Radioprotection 14.12.2013" en communication**

**Date / Signature :** .....

**Lieu**

Brussels 44 Center  
Auditorium  
Boulevard du Jardin Botanique 44  
1000 Bruxelles

**Renseignements et inscriptions**

Secrétariat GBS  
Loubna Hami  
Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles  
Tél. : 02/649 21 47    Fax : 02/649 26 90  
e-mail : [loubna@gbs-vbs.org](mailto:loubna@gbs-vbs.org)

**Symposium**  
**Union professionnelle belge d'ORL et de chirurgie cervico-faciale**  
**"ORL PRO 2013"**  
**21.09.2013**

8.00-8.30	Accueil	
8.30-9.00	Analyse de la situation professionnelle en ORL	Dr T. Robillard – Dr P. Lemkens
9.00-9.30	La prescription magistrale aujourd'hui	Phar. R. Nottet, Qualité Médico-Pharmaceutique (QMP)
9.30-10.00	Les médecins ORL, quels médicaments remboursables prescrivent-ils? Qu'en est-il de la prescription en DCI?	Dr M. Van de Castele, Direction Politique Pharmaceutique INAMI
10.00-10.15	Pause café	
10.15-10.45	La prescription informatique en milieu hospitalier	Phar. J.-D. Hecq, Pharmacien en chef UCL Mont-Godinne
10.45-11.15	eHealth : état d'avancement et perspectives futures	M. F. Robben, Administrateur général Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) et plateforme eHealth
11.15-11.45	Questions-réponses interactives	
11.45-12.00	Take Home Message	Dr T. Robillard – Dr F. Indesteege
12.00-...	Clôture	

**Accréditation en Ethique & Economie : 3 C.P.**

<p><b>Lieu</b>          Best Western Hotel          E40 Bruxelles-Ostende          1702 Grand-Bigard</p>	<p><b>Renseignements et inscriptions</b>          GBS          Raf Denayer          Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles          Tél. : 02/649.21.47 – Fax : 02/649.26.90          e-mail : <a href="mailto:raf@vbs-gbs.org">raf@vbs-gbs.org</a></p>
--	--



-----

**N° INAMI** : ..... **Adresse** : .....

**Nom** : ..... **Code postal** : .....

**Prénom** : ..... **Commune** : .....

**Spécialité** : ..... **E-mail** : .....

Je participerai au symposium du 21.09.2013 et verse la somme de :

- |                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| Membres           | <input type="checkbox"/> 20 €    |
| Non-membres       | <input type="checkbox"/> 80 €    |
| Assistants VA-NKO | <input type="checkbox"/> Gratuit |

sur le compte IBAN : BE95 0000 0607 8058 (BIC : BPOT BE B1) de l'Union professionnelle d'ORL avec mention du nom du participant, du numéro INAMI et de "Symposium ORL"

**Signature** : .....

**TITRE IV : Rapports entre les médecins**

**Chapitre III : Le médecin remplaçant**

**Art. 158** (à partir du 13.07.2013)

§ 1. Un médecin interdit d'exercer l'art médical par une instance légalement compétente, ne peut recueillir des revenus liés à cet exercice.

§ 2. Le médecin suspendu doit en outre prendre des mesures pour assurer la continuité des soins.

A cette fin, le médecin peut se faire remplacer pendant la période d'interdiction par un ou plusieurs médecins ayant la même qualification légale.

Les mesures sont préalablement communiquées par écrit au conseil provincial compétent, qui les approuve ou impose des adaptations.

§ 3. Tous les contrats ou statuts doivent stipuler expressément le respect des dispositions de cet article.

**AVIS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS :**

**"Honoraires médicaux pour des soins donnés à des proches, des confrères ou des collaborateurs"**

*Le Conseil national de l'Ordre des médecins a décidé d'abroger l'article 79 du Code de déontologie médicale concernant la problématique des honoraires médicaux pour des soins donnés par les médecins à des proches, des confrères ou des collaborateurs.*

Avis du Conseil national :

En sa séance du 25 mai 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réexaminé la question des honoraires médicaux pour des soins donnés par les médecins à des proches, des confrères ou des collaborateurs.

L'article 79 du Code de déontologie médicale énonce :

*Il est d'usage pour les médecins de ne pas se faire honorer pour des soins donnés à leurs parents proches et leurs collaborateurs, ainsi qu'aux confrères et aux personnes qui sont à charge de ces derniers. Néanmoins, une indemnisation peut être demandée pour les frais engagés.*

Il ressort des nombreuses interpellations adressées au Conseil national en rapport avec l'application de l'article 79 précité que la justification de cette gratuité des soins n'est plus unanimement comprise et acceptée par les membres du corps médical.

Issu de la tradition hippocratique de solidarité entre les membres du corps médical, l'usage auquel réfère cet article était justifié à une époque où la couverture assurée par les régimes d'assurance était limitée, voire absente.

L'évolution technologique et le financement hospitalier ne permettent plus au médecin de décider seul de la non-facturation de prestations réalisées au sein des structures de soins.

Face à ce constat, le Conseil national a estimé opportun d'abroger l'actuel article 79 du Code de déontologie médicale.

Cette abrogation n'altère en rien la règle déontologique fixée à l'article 11 du Code précité : *les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité et se prêter assistance.*

**NORMES DES HOPITAUX :**

**Normes spécifiques du service Sp – affections psychogériatriques**

**2 JUIN 2013. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (M.B. du 19.06.2013 - p. 39450)**

**Article 1er.** En sous-partie A "Normes spécifiques du service Sp (affections psychogériatriques)" de la rubrique IIIbis "Normes spécifiques par spécialité" des Normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation, index Sp, de l'annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant

fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, inséré par l' arrêté royal du 15 juillet 1997, le 7., inséré par l'arrêté royal du 13 novembre 1995 est remplacé comme suit:

« 7. Par unité de soins, le service doit disposer d'un infirmier en chef qui est de préférence porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie.

Par tranche de 30 lits occupés, le service doit disposer au moins, en plus de l'infirmier en chef, de 8 infirmiers qui sont de préférence porteurs soit du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie, soit de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie.

Le service dispose également de 6 aides-soignants. ».

**Art. 2.** Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

**GROUPES LOCAUX D'EVALUATION MEDICALE (GLEM) :**  
**Modification des règles de financement**  
(en vigueur à partir du 19.08.2013)

**30 JUILLET 2013. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 décembre 2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale (M.B. du 09.08.2013)**

**Article 1er.** L'article 3, 2°, de l'arrêté royal du 12 décembre 2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« l'alinéa précédent n'est pas applicable aux années de référence 2011 et 2012 ».

**Art. 2.** Dans l'article 7 du même arrêté, les mots « l'année 2011 » sont remplacés par les mots « les années de référence 2011 et 2012 » et les mots « endéans les 6 mois » par les mots « endéans les 12 mois ».

**NOMENCLATURE : ARTICLE 36**  
**(logopédie)**

(en vigueur à partir du 01.09.2013)

**4 JUILLET 2013. - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les prestations de logopédie, l'article 36 de l'annexe de 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 16.07.2013)**

**Article 1er.** A l'article 36 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...] sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans le § 2, a), les mots « au bénéficiaire qui présente des troubles du langage et/ou de la parole et/ou de la voix » sont remplacés par « au bénéficiaire qui présente des troubles du langage oral et/ou de la parole »;

2° Dans le § 2, b), 3°, alinéa 1er, les mots « Dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie déterminées par des tests de la lecture et/ou de l'expression écrite et/ou de l'arithmétique et démontrant un retard de plus d'un an chez des enfants âgés de 7 à 9 ans révolus ou un retard de plus de deux ans chez des enfants âgés de 10 à 14 ans révolus. Ces tests doivent figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions. » sont remplacés par les mots « Dyslexie et/ou dysorthographe et/ou dyscalculie, chez des enfants jusqu'à l'âge de 14 ans révolus et fréquentant depuis au moins 6 mois l'enseignement primaire, caractérisée par :

(a) un retard dans les performances démontré par des tests de lecture et/ou d'orthographe et/ou de calcul donnant deux scores inférieurs ou égaux au percentile 16 ou inférieurs ou égaux à moins un écart-type et;

(b) une persistance des troubles et/ou

(c) des problèmes au niveau de la précision et/ou de la vitesse (= automatisation) et/ou

(d) des problèmes phonologiques (uniquement pour la dyslexie et la dysorthographe) et/ou

(e) des comportements de compensation, attitudes négatives, efforts accrus.

Ces caractéristiques doivent être décrites dans le bilan logopédique. Les tests doivent correspondre au niveau de l'année scolaire fréquentée par le bénéficiaire et figurer dans une liste limitative approuvée par la Commission de conventions ».

3° Dans le § 2, c), 2°, les mots « la paralysie du larynx ou de lésion organique du larynx et/ou des cordes vocales » sont remplacés par les mots « dysfonctionnement du larynx et/ou des plis vocaux démontré sur base de :

(a) laryngoscopie et stroboscopie, (b) et des données perceptives, mesures acoustiques et aérodynamiques avec des tests et critères inclus dans la liste des tests pour troubles de la voix approuvée par la commission (c) et des mesures de l'impact des troubles de la voix sur la qualité de vie du patient avec des tests et critères inclus dans la liste approuvée des tests et des épreuves pour troubles de la voix ».

4° Dans le § 3, 1°, les mots « Suit un enseignement spécial de type 8 » sont remplacés par « Suit un enseignement spécial. Cette restriction n'est valable que pour les traitements logopédiques prévus au § 2, b), 2°, § 2, b), 3°, et § 2, f) »;

5° Dans le § 3, 5°, les mots « au § 2, b), 6°, 6.3; § 2, d) et e) » sont remplacés par « au § 2, b), 6°, 6.3 et § 2, d) »;

6° Dans le § 4, 2°, alinéa 2, 1re subdivision, les mots « par un médecin spécialiste en neurologie ou en neuropsychiatrie » sont remplacés par les mots « par un médecin spécialiste en neurologie pédiatrique »;

7° Dans le § 5, m), les mots « un maximum de 288 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes » sont remplacés par les mots « un maximum de 80 séances de traitement individuelles d'au moins 30 minutes »;

8° Le § 8 est complété par un alinéa rédigé comme suit : « Le remboursement des prestations de logopédie reprises dans la nomenclature est soumis à la condition que le logopède s'engage à dispenser des prestations de qualité dans le respect des conditions approuvées par la Commission de conventions »;

9° Les codes de nomenclature suivants sont supprimés :

Séance individuelle d'au moins 30 minutes dispensée dans les locaux d'un établissement avec une convention C.R.A. :

711395, 712390, 713392, 714394, 717393, 718395, 719390, 721394, 729396, 723391, 724393, 725395, 726390, 727392, 728394, 733390;

Séance individuelle d'au moins 60 minutes dispensée dans les locaux d'un établissement avec une convention C.R.A. :

712692, 714696, 711690, 733692.

**Art. 2.** Les dispositions du présent arrêté sont d'application pour toutes les nouvelles demandes qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur.

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au Moniteur belge.

## APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

**Article 35 (orthopédie et traumatologie)** : A.R. du 24.06.2013 (M.B. du 31.07.2013 – p. 47885).

**Article 35 (prothèses articulaires)** : A.R. du 24.06.2013 (M.B. du 05.08.2013 – p. 48660).

**Article 35 (urologie et néphrologie)** : A.R. du 04.10.2012 (M.B. du 05.08.2013 – p. 48662) - Erratum dans la version en français.

**Articles 35 et 35bis (chirurgie abdominale et pathologie digestive, urologie et néphrologie)** : A.R. du 24.06.2013 (M.B. du 05.08.2013 – p. 48661).

**Article 35bis (chirurgie abdominale et pathologie digestive, chirurgie thoracique et cardiologie)** : A.R. du 24.06.2013 (M.B. du 26.08.2013 – p. 56291).

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

## ABROGATION D'UNE REGLE INTERPRETATIVE

### ARTICLE 2 (Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations)

La règle interprétative 15 est abrogée. Cette abrogation produit ses effets le 1er mai 2013. (M.B. du 10.06.2013 – p. 36322)

**INSERTION D'UNE RÈGLE INTERPRÉTATIVE ARTICLES 5 ET 6  
(Soins dentaires)**

**SOINS CONSERVATEURS**

REGLE INTERPRETATIVE 05 (en vigueur depuis le 01.06.2007) (M.B. du 30.08.2013)

QUESTION

Que comprend « l'isolation d'une ou de plusieurs dents au moyen d'une digue » ?

REPONSE

L'isolation d'une ou plusieurs dents au moyen d'une digue est l'apport d'une membrane en matière élastique grâce à laquelle une ou plusieurs dents et le terrain sont totalement isolés du reste de la cavité buccale.

**ABROGATION D'UNE REGLE INTERPRETATIVE  
ARTICLE 11 (Prestations spéciales générales)**

La règle interprétative 21 est abrogée. Cette abrogation produit ses effets le 1er avril 2010. (M.B. du 10.06.2013 – p. 36321)

**NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE  
ARTICLE 29, § 1er (Orthopédie)**

REGLE INTERPRETATIVE 33 (en vigueur depuis le 01.02.1993) (M.B. du 31.07.2013 – p. 47957)

QUESTION

Doit-on tenir compte de la délivrance d'une chaussure pour pied avec plaies atones (prestation 644195) pour la détermination du délai de renouvellement d'une chaussure orthopédique ?

REPONSE

Non, pour la détermination du délai de renouvellement d'une chaussure orthopédique, il ne faut pas tenir compte de la délivrance d'une chaussure pour pied avec plaies atones (prestation 644195).

**APERÇU PRIX**

	<b>MONTANT</b>	<b>DATE LIMITE DES CANDIDATURES</b>
InBev-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE (theme for 2014 : "Cardiovascular Diseases")	€ 250,000	September 30, 2013
Prix InBev-Baillet Latour pour la Recherche clinique – 2014	75.000 €	1er novembre 2013

Informations : [www.frs-fnrs.be](http://www.frs-fnrs.be)

**VIENT DE PARAÎTRE :  
EVALUATION DU DOMMAGE, RESPONSABILITÉ CIVILE ET ASSURANCES  
Liber amicorum NOËL SIMAR**

Cet ouvrage rassemble près de trente contributions gravitant autour des thèmes chers au dédicataire : l'évaluation et l'indemnisation du préjudice corporel, les mécanismes souvent complexes de mise en oeuvre de la responsabilité civile (avec ou sans faute), le recours subrogatoire, les spécificités du droit des assurances (spécialement en accidents du travail), sans oublier plusieurs questions spéciales de procédure.

Cette oeuvre collective répond à la volonté commune de ses auteurs, issus du barreau, du monde académique et de celui des assurances, de mettre en valeur le parcours professionnel remarquable de Noël Simar.

*Info : Anthemis S.A., Place Albert I, 9, 1300 Limal – tél. : 010/42.02.90, fax : 010/40.21.84, [info@anthemis.be](mailto:info@anthemis.be), [www.anthemis.be](http://www.anthemis.be)*

**FORMATION "MANAGEMENT GENERAL POUR MEDECINS SPECIALISTES"**  
***EHSAL Management School (en collaboration avec le GBS)***

L'EHSAL Management School organise à nouveau, en collaboration avec le GBS, un cycle de formation de management général pour médecins spécialistes.

La formation compte 11 sessions (jours), regroupées en 4 modules :

**Module 1 : Contexte juridique (3 sessions)**

- Session 1 : • Introduction au cadre législatif : définitions des concepts juridiques • Processus décisionnel en gestion médicale et statut du médecin hospitalier
- Session 2 : • Le dossier médical, le respect de la vie privée et le secret professionnel • Conflits entre le médecin et l'INAMI • L'organisation des soins de santé en Belgique
- Session 3 : • Collaboration et accords entre les hôpitaux • Les associations, les sociétés et les autres formes de collaboration entre médecins hospitaliers • Responsabilité médicale

**Module 2 : Gestion générale (2 sessions)**

- Session 4 : • Notions de gestion de la qualité : cadre légal, performance opérationnelle et clinique • Planification stratégique dans l'hôpital : concepts stratégiques, approche théorique et cas pratique
- Session 5 : • Balanced Scorecard : "Mesurer : pour savoir ou pour mesurer?" • Cas pratique de Balanced Scorecard • Assurance qualité dans les soins de santé

**Module 3 : Information et gestion financières (3 sessions)**

- Session 6 : • Introduction : concepts comptables • Comptabilité analytique • Relation financière gestionnaire-médecin
- Session 7 : • Financement lié à la nomenclature • Budget des moyens financiers et gestion médicale • Rôle du réviseur • Notions relatives au financement des hôpitaux : paramètres budgétaires versus paramètres de coûts
- Session 8 : • Elaboration du budget et analyse d'investissement • Analyse d'investissement • Financement d'investissement

**Module 4 : Planning financier personnel (3 sessions)**

- Session 9 : • Travailler avec une société : aspects juridiques et fiscaux
- Session 10 : • Travailler avec une société : aspects fiscaux • Gestion "en bon père de famille"
- Session 11 : • Planification patrimoniale et successorale

L'accréditation a été demandée en Ethique et Economie pour les trois premiers modules.

Les membres du GBS bénéficient d'une réduction sur le prix d'inscription tout comme les médecins spécialistes qui s'inscrivent durant les 5 premières années suivant leur agrégation.

Un aperçu détaillé du programme, le calendrier, des témoignages d'anciens participants et toutes les informations pratiques sont disponibles à l'adresse suivante : [www.hubrussel.be/ems](http://www.hubrussel.be/ems)

Contact : Caroline Deneuter Coordinatrice du programme EMS, au numéro 02/210.13.59, [caroline.deneuter@hubrussel.be](mailto:caroline.deneuter@hubrussel.be)

**ATTENTION :**

**Toutes les sessions ont lieu uniquement EN NEERLANDAIS !**

**RÉUNIONS SCIENTIFIQUES**

**Joint meeting**

**23rd Belgian Orthopaedic Trauma Association (BOTA) - Belgian Association of Paediatric Orthopaedics (BAPO)**  
**"PAEDIATRIC TRAUMATOLOGY IN THE THIRD MILLENNIUM : WHAT'S IN? WHAT'S OUT?"**

Saturday, 14 September 2013 – CHU de Charleroi

**PROGRAM :**

- Session 1 : Ethical Issues and General Principles in the Care of Children's Fractures  
Session 2 : Acute Care of the Injured Child  
Session 3 : Pelvis & The Lower Limb

For more information : [www.BOTA-congress.be](http://www.BOTA-congress.be)

Le service de Pneumologie de l'UZ Leuven vous invite au symposium :

## "LE DEPISTAGE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE – MISE A JOUR 2013"

Jeu­di 3 oc­to­bre 2013 (10 h 00 – 16 h 00) – Pro­vincie­huis Leuven (100 m de la gare de Louvain)

Symposium international – Traduction simultanée néerlandais-français – Demande d'accréditation en cours  
Symposium gratuit – Confirmation d'inscription par e-mail à : [kristine.hautekiet@qjagen.com](mailto:kristine.hautekiet@qjagen.com)

### FORMATION CONTINUÉE EN TABACOLOGIE ANNÉE ACADÉMIQUE 2013-2014

**Les samedis :** 12 oct. 2013, 16 nov. 2013, 14 déc. 2013, 18 janv. 2014, 15 fév. 2014, 22 mars 2014, 26 avr. 2014, 17 mai 2014 et 7 juin 2014

**Lieu :** FARES - 56 rue de la Concorde à 1050 Bruxelles

L'enseignement proposé concerne le tabac et son usage. Il intègre les aspects « Promotion Santé », « Santé Publique » et législatifs. Il prépare à l'abord clinique spécialisé de l'arrêt du tabagisme et à la recherche dans ce domaine. Les relations et les similitudes avec d'autres assuétudes sont également abordées. Formation sanctionnée par examen écrit QCM, un travail de fin d'études et un stage de 3 jours.

**Prix :** 900 € - Etudiants de plein exercice : 450 €

**Renseignements :** 02/512.29.36 ou site [www.fares.be](http://www.fares.be) (programme)

### ACCREDITATIONS DEMANDÉES

#### ANNONCES

- 13023 **RIXENSART (BRABANT WALLON) : A LOUER** par demi-journée(s), journée(s) ou soirée(s) 4 cabinets de consultations dans un centre médical multidisciplinaire. Convient pour médecins spécialistes ou paramédicaux. Proximité et connexion avec service de radiologie. Déménagement au printemps 2013 dans des locaux neufs sur le même site. Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 après 20 h 00.
- 13053 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE :** VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **PSYCHIATRIE** temps plein. Info. : [philippe.deleuse@vivalia.be](mailto:philippe.deleuse@vivalia.be)
- 13054 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE :** VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **SOINS INTENSIFS** - réanimation temps plein. Info. : [philippe.deleuse@vivalia.be](mailto:philippe.deleuse@vivalia.be) ou [karakally.ferial@ifac.be](mailto:karakally.ferial@ifac.be)
- 13071 **A VENDRE : MATERIEL MEDICAL CONST ORL :** divan, siège ex difra, armoire mét. Maquet, instr const, microscope Zeiss aus Jena, audio, source lum. froide... Contact : 0475/32.99.43 ou 04/365.74.90 en soirée.
- 13076 **BASTOGNE :** VIVALIA – IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche pour son site de Bastogne un **MEDECIN ASSISTANT SMA** temps plein (activité mixte – hospitalière & urgences). Rémunération très intéressante. Info : [Philippe.Deleuse@vivalia.be](mailto:Philippe.Deleuse@vivalia.be); [simons.robert@ifac.be](mailto:simons.robert@ifac.be)
- 13077 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE :** VIVALIA – IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **CARDIOLOGIE** temps plein. Rémunération très intéressante. Info : [Philippe.Deleuse@vivalia.be](mailto:Philippe.Deleuse@vivalia.be); [elhusseini.ziad@ifac.be](mailto:elhusseini.ziad@ifac.be)
- 13080 **MARCHE & BASTOGNE :** VIVALIA-IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche pour Marche & Bastogne **DEUX MEDECINS SPECIALISTES EN SOINS INTENSIFS-REANIMATION** temps plein. Rémunération très intéressante. Info. : [philippe.deleuse@vivalia.be](mailto:philippe.deleuse@vivalia.be)
- 13081 **MONT-GODINNE :** Le CHU UCL Mont-Godinne – Dinant recrute, pour son site de Mont-Godinne : • **CHEF DE SERVICE - ORL (H/F)** • **CHEF DE SERVICE - ORTHOPEDIE (H/F)** • **CHEF DE SERVICE - UROLOGIE (H/F)**. Fonction : direction et gestion du service, participation active au projet de développement dans le cadre de la fusion des deux sites, membre du Collège des Chefs de Service. Conditions du poste : temps plein, expérience confirmée dans la spécialité, intérêt pour le travail de recherche clinique et l'enseignement, capacité de gestion d'une équipe et d'un projet de service ambitieux. Renseignements : Direction Médicale : Dr L. Mathy 082/21.26.60 / Prof. Y. Boutsen 081/42.30.49. Modalités d'introduction des candidatures : Candidatures à adresser à : [luc.mathy@uclouvain.be](mailto:luc.mathy@uclouvain.be) et [yves.boutsen@uclouvain.be](mailto:yves.boutsen@uclouvain.be)
- 13082 **AUVELAIS :** Le Centre Hospitalier du Val-de-Sambre à Auvélais recrute un **NEUROLOGUE** pour renforcer une équipe de deux personnes. Agrément nécessaire. Il s'agit d'un poste à temps partiel (environ 6/10e temps - à discuter) dans un service de Neurologie Générale de première ligne. L'activité se partage en une partie d'hospitalisation et une partie de policlinique (consultation et examens techniques). Astreintes à domicile. Le statut contractuel est celui d'indépendant. Contact : [ronald.mazzoleni@mail.chrvs.be](mailto:ronald.mazzoleni@mail.chrvs.be)
- 13085 **BRUXELLES :** Pour cause de décès, importante patientèle neuro-psy répartie sur divers sites dans Bruxelles à reprendre. Téléphoner le soir au 0475/75.13.06.
- 13086 **BRUXELLES (1150) :** Centre médical cherche **DERMATOLOGUE** pour reprendre patientèle en attente 1/2 jour par semaine. Pour tout renseignement : 02/772.16.24 ou 0473/240.992 (Mme Van Naemen) ou [info@cmval.eu](mailto:info@cmval.eu).
- 13087 **BRUXELLES (1150) :** Centre médical en pleine expansion cherche **MEDECINS SPECIALISTES** pour compléter son équipe. Pour tout renseignement : 02/772.16.24 ou [info@cmval.eu](mailto:info@cmval.eu).

- 13089 **BRUXELLES** : Le CHU Brugmann recrute :
- a) **RESIDENT (MEDECIN BIOLOGISTE) POUR LE SERVICE DE BIOLOGIE CLINIQUE** (H/F) (référence RH/SDG– N°A28/13) (Clôture le 17 septembre 2013).
- b) **MEDECIN RESIDENT POUR LE SERVICE DE PSYCHIATRIE (UNITE DES TROUBLES DE L'HUMEUR)** (H/F) (référence RH/SDG– N°A27/13) (Clôture le 17 septembre 2013).
- c) **MEDECIN CHEF DE CLINIQUE ADJOINT AU SERVICE D'UROLOGIE** (H/F) (référence RH/SDG – N°A10-13) (Clôture le 14 octobre 2013).
- d) **MEDECIN SPECIALISTE EN MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION** (H/F) (référence RH/SDG– N°A29/13) (Clôture le 31 octobre 2013).
- Intéressé? Votre candidature (lettre de motivation et cv) doit être envoyée à l'adresse suivante [gestionmedecins@chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins@chu-brugmann.be) à l'attention du Dr Daniel Désir, Directeur Général Médical (ou CHU Brugmann, 4 Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles). Nous vous invitons à consulter notre site internet (<http://www.chu-brugmann.be>) afin d'obtenir de plus amples informations.
- 13090 **A LOUER** : Cabinet médical rez situé pl Blyckaerts proximité Flagey/CEE pr profession libérale 45 m² à louer 950 €. Semi-équipé, 3 pièces, lumineux : pièce arrière-kitchen/salle d'attente/cabinet. Vidéophone, porte blindée, réseau internet. Refait en 2013. Disponible immédiatement. 0475/621.644 [thierry.roger@skynet.be](mailto:thierry.roger@skynet.be)
- 13091 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA-IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **PNEUMOLOGIE** temps plein. Info. : [simons.robert@ifac.be](mailto:simons.robert@ifac.be)
- 13092 **CHARLEROI** : La Polyclinique Neutre de Charleroi recherche un(e) **OPHTALMOLOGUE**, un(e) **DERMATOLOGUE**, un(e) **CARDIOLOGUE** et un(e) **NEUROLOGUE**. Si vous êtes intéressé(e), veuillez prendre contact, du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h au n° de téléphone 071/205.300 ou encore par e-mail : [ffontinoy@mut216.be](mailto:ffontinoy@mut216.be).
- 13093 **FRANCE : CENTRE RADIOLOGIQUE** à Tourcoing cherche **COLLABORATEUR** si possible plein temps. Radio - écho - mammo - scanner - IRM. Association souhaitée, pas obligatoire. Tél. 0475/23.09.98.

## Table des matières

• Dans l'œil du cyclone : le financement des soins de santé .....	1
• Symposium du GBS sur la radioprotection (14.12.2013).....	6
• Symposium de l'Union professionnelle belge d'ORL et de chirurgie cervico-faciale : "ORL PRO 2013" (21.09.2013).....	8
• Code de déontologie médicale – Modification de l'article 158.....	9
• Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins : "Honoraires médicaux pour des soins donnés à des proches, des confrères ou des collaborateurs" .....	9
• Normes des hôpitaux : Normes spécifiques du service Sp – affections psychogériatriques .....	9
• Groupes locaux d'évaluation médicale (GLEM) : modification des règles de financement .....	10
• Nomenclature : article 36 (logopédie).....	10
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature .....	11
• Abrogation d'une règle interprétative : article 2 (Consultations, visites et avis, psychothérapies et autres prestations).....	11
• Insertion d'une règle interprétative : articles 5 et 6 (Soins dentaires) .....	12
• Abrogation d'une règle interprétative : article 11 (Prestations spéciales générales).....	12
• Nouvelle règle interprétative : article 29, § 1er (Orthopédie).....	12
• Aperçu prix .....	12
• Vient de paraître : Evaluation du dommage, responsabilité civile et assurances – Liber amicorum Noël Simar .....	12
• Formation "Management général pour médecins spécialistes" (EHSAL Management School en collaboration avec le GBS) .....	13
• Réunions scientifiques.....	13
• Annonces .....	14
• Symposium Union professionnelle des chirurgiens belges – UEMS Section of Surgery : The European Symposium 'The Future of Surgery in Europe' (20.09.2013).....	16

**Symposium**  
**Union professionnelle des chirurgiens belges – UEMS Section of Surgery**  
**The European Symposium**  
**THE FUTURE OF SURGERY IN EUROPE**  
**20.09.2013**

09.30	Registration	
10.00	Introduction	Prof. Dr. V. Papalois Dr. J. Weerts - Prof. Dr. J. Gruwez
10.15	The Medical Specialist in future health-care	Dr. M. Moens
10.30	The Future of Hospitals in Integrated Care	Dr. J. Van Emelen
10.45	Is there a role for Professional Organisations?	Prof. Dr. R. Krajewski
11.00	Discussion	
11.15	Coffee break	
11.35	Key note lecture: eHealth, HTA and European Reference Networks	Dr. T. Piha
11.55	The future of financing of hospital healthcare, the tendency in Europe	Prof. Dr. M. Pirson - Dr M. Czarka
12.10	Demography! How to cope with a possible disaster in the future?	Prof. Dr. H.P. Bruch
12.25	Discussion	
12.40	Lunch	
13.40	Prospects for Robotic Surgery	Prof. Dr. A. Mottrie
13.55	The Evolution of Gastro-Intestinal Surgery	Prof. Dr. A. Dhoore
14.10	Discussion	
14.25	Technical Skill Centers	Prof. Dr. A. Bergenfelz
14.40	The future of the surgical profession in Europe: our greatest challenge-our finest hour	Prof. Dr. V. Papalois
14.55-15.10	Discussion + Farewell drink	

**Accreditation: 4,5 C.P. in ethics and economics for Belgian doctors**

<p><b><u>Location</u></b>          Sheraton Brussels Hotel          Place Rogierplein 3 / 1210 Brussels</p>	<p><b><u>Contact</u></b>          VBS-GBS / Raf Denayer          ☎ 02/649.21.47 – 📠 02/649.26.90          e-mail: raf@vbs-gbs.org // <a href="http://www.vbs-gbs.org">http://www.vbs-gbs.org</a></p>
---	--

✂ -----

**RIZIV/INAMI nr.:** (Only for Belgian participants).....

**Name:** ..... **First name:** .....

**Address:** .....

**Postal code:** ..... **Town:** .....

**E-mail:** .....

I will attend the symposium on 20.09.2013 and deposit the amount of 25 euro on account  
 IBAN BE11 3850 2147 4348 (BIC: BBRU BE BB) of the Belgian Professional Surgical Association  
 stating my name and 'European Symposium'

**Signature:**