
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles
Tél. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@GBS-VBS.org

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 2 / MARS 2007

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

COMMUNIQUE DE PRESSE DU 05.02.2007

L'ADMINISTRATION ETOUFFE LE MEDECIN ET LE PATIENT

A l'occasion de son assemblée générale statutaire du 03.02.2007, le GBS a organisé un symposium consacré aux "médicaments".

Plusieurs orateurs ont émis des critiques virulentes concernant la politique menée qui, en imposant une administration excessive, risque de priver les patients de médicaments utiles.

Le Président du GBS, Dr Jean-Luc DEMEERE, a résumé la politique des médicaments imposée aux hôpitaux comme suit : « L'évolution de la politique de santé belge est un contrôle des dépenses budgétaires par une bureaucratisation développée. Les forfaits sont une des techniques utilisées pour ce contrôle budgétaire. On constate que cette politique se moque de la qualité des soins et préconise une attitude de restriction en moyens thérapeutiques ».

Lors de la discussion du rapport annuel du secrétaire général, le Dr Marc MOENS, il a été décidé d'attirer l'attention de nos politiciens occupés à établir leur programme électoral qu'il est vital que pour l'avenir des soins de santé, la norme de croissance de 4,5 % au-dessus de l'index soit maintenue.

Les partis politiques qui prétendent que l'on peut continuer à prodiguer des soins de qualité avec une norme de croissance de 3 % devront, avec leurs partenaires du gouvernement, écrire une loi qui interdit certains soins et/ou impose une euthanasie obligatoire à partir d'un âge à déterminer par arrêté royal.

L'assemblée générale déplore l'introduction du document d'envoi administratif du médecin généraliste au médecin spécialiste depuis le 01.02.2007. Cette mesure n'apporte aucune amélioration qualitative et veut réduire les spécialistes à un rôle de purs techniciens.

Dr Marc MOENS,
Secrétaire général

Dr Jean-Luc DEMEERE,
Président

ECONOMIES DANS L'ASSURANCE-MALADIE : LES FORFAITS

Dr J.L. DEMEERE

Introduction :

Dans tous les pays développés, le coût des soins de santé est en croissance et dépasse de loin la croissance du produit intérieur brut. Devant cette évolution, les décideurs politiques utilisent différentes stratégies pour réduire les coûts. Un esprit de marché et de concurrence s'installe dans certains pays, y compris les pays scandinaves ou le Royaume-Uni. Une bureaucratisation et une régulation de l'offre (et non de la demande) s'installent dans d'autres pays, comme la Belgique. Une des techniques de régulation de l'offre est la suffocation financière par les forfaits.

Le coût des médicaments :

La croissance du budget des médicaments dépasse de loin celle d'autres budgets de l'I.N.A.M.I. comme par exemple celle des honoraires médicaux. De 1991 à 2003, la croissance du budget des médicaments est de 4,83 %, alors que les honoraires des médecins croissent de 1,35 %, le budget global de l'I.N.A.M.I. de 3,61 % et le P.I.B. de 1,9 %. La première conclusion est que la croissance du coût des médicaments s'écarte de celle des autres dépenses des soins de santé.

Si l'on examine la croissance du coût global de 1997 à 2003 pour le secteur ambulatoire, on constate une augmentation des coûts de 7 % pour une augmentation du volume des prescriptions de 5,3 %, ce qui débouche sur une augmentation du coût par dose journalière (DDD) de 1,6 % en plus de la consommation. La deuxième conclusion est que les médicaments coûtent plus cher.

Si on analyse par classe de médicaments la croissance du nombre de prescriptions et du coût, on constate que le numéro un en prescription est la classe des inhibiteurs des HMG-Co A reductase (7,2 % du coût global et 7,7 % des DDD). Par contre, les agents de la classe L (ATC), soit les antinéoplasiques et immunosuppresseurs sont relativement peu prescrits mais coûtent cher (8 % du budget global) avec une croissance du coût en DDD de 5,6 % de 2002 à 2003. La troisième conclusion est que certains médicaments sont responsables de cette croissance des dépenses.

Les stratégies des ministres :

Devant l'explosion des coûts de santé, les ministres successifs ne vont pas développer une politique de la santé, mais un contrôle budgétaire des coûts de santé. Dans de nombreux pays, l'évolution se fait vers une autonomie de gestion de l'offre des soins dans le cadre d'un contrat d'objectif avec l'autorité publique. On évolue vers un marché de soins et une concurrence entre les offres. Telle est l'évolution en Espagne, Italie, Portugal. Mais aussi dans des pays où l'offre des soins est fortement contrôlée par l'autorité publique, comme les pays scandinaves ou le Royaume-Uni (foundation trust). A l'inverse, dans notre pays, la nouvelle gouvernance de nos hôpitaux n'est pas orientée vers l'offre aux différents intéressés, les share holders de la nouvelle gestion. Le corporate governance dans nos hôpitaux subit le dirigisme du pouvoir central. La bureaucratisation et le contrôle central limitent la libre entreprise et les share holders dans nos hôpitaux sont remplacés par des juristes qui examinent, analysent, et calculent la faisabilité des nombreuses lois, arrêtés, décrets, directives ministérielles ou administratives, directives de l'I.N.A.M.I., règles interprétatives, recommandations du CNPQ et sacro-saintes analyses du Centre d'Expertise.

A l'inverse des autres pays, la bureaucratisation, le dirigisme, la centralisation des décisions, déterminent notre stratégie en matière de santé publique. Cependant la caractéristique de notre système de santé était précisément son accessibilité à une médecine de qualité pour tous et partout. Les programmes de soins, les forfaits, les montants de référence, la programmation des appareils lourds, etc. prouvent le choix des décideurs politiques : le dirigisme bureaucratique pour assurer le contrôle budgétaire. Et comme on est élu par le peuple, on va stigmatiser des

catégories professionnelles comme les médecins, comme responsables des dérapages budgétaires ou de la croissance des coûts. La politique des suppléments d'honoraires en est un bel exemple. On oublie d'informer le peuple que 48% du financement des hôpitaux est assuré par les honoraires médicaux. On utilise la technique des forfaits sans se soucier de la qualité des soins. On déclare haut et fort que l'infarctus ne devrait plus être soigné que dans certains centres, alors que les minutes comptent. On limite l'accès à des médicaments sur base de statistiques de nombre de cas traités. Tout ceci est camouflé et on hypnotise les électeurs par le caractère social des décisions prises. La politique de santé est une politique budgétaire.

Les forfaits de médicaments :

Le contrôle des dépenses en médicaments passe par les forfaits hospitaliers. La base de cette décision est simple. Partant des case-mix, on analyse le coût en médicaments. Comme par définition, tous les malades sont égaux (ou identiques), les diagnostics sont les mêmes, et les choix thérapeutiques invariables, les coûts des médicaments doivent être sensiblement les mêmes. Partant de ces données, il va de soi que le coût est identique. Comment intégrer dès lors la variance réelle entre les institutions? Par le biais d'un raisonnement : on considère que la moyenne est par conséquent le coût réel. La bonne pratique est l'absence de thérapie, la mauvaise pratique est par définition celle qui génère un coût supérieur à la moyenne. Sic !

Partant maintenant de l'attitude d'un gestionnaire d'hôpital, d'un pharmacien hospitalier, d'un médecin chef de service, on se retrouve avec une responsabilité de gestion et avec la nécessité d'éviter un déficit financier. En fonction du case-mix d'il y a deux ans, on dispose d'un budget. Il faut à tout prix que ce budget couvre la dépense en médicaments pour tous les patients, aujourd'hui... et génère peut-être un bénéfice.

En d'autres termes, il ne faut plus utiliser que le minimum minimorum en termes de consommation, et le moins cher en termes de coût. La question est de savoir si dans deux ans, cette décision de gestion restera bénéfique, car où se trouvera la moyenne ? Mais ceci est une question pour demain. En poussant le raisonnement, on arrive à l'abstention thérapeutique. Le meilleur malade est celui qui ne reçoit plus de médicaments pour un diagnostic donné.

La morale de cette histoire est que la qualité des soins est totalement obsolète, et que les case-mix sont déterminants pour le financement.

Conclusions :

L'évolution de la politique de santé belge est un contrôle des dépenses budgétaires par une bureaucratisation développée. Les forfaits sont une des techniques utilisées pour ce contrôle budgétaire. On constate que cette politique se moque de la qualité des soins et préconise une attitude de restriction en moyens thérapeutiques.

NORMES AUXQUELLES LES PROGRAMMES DE SOINS « PATHOLOGIE CARDIAQUE » DOIVENT REPOINDRE POUR ETRE AGREES

Commentaires

Par l'arrêt n° 168.067 du 21 février 2007 (M.B. du 08.03.2007), le Conseil d'Etat suspend l'entrée en vigueur de l'A.R. du 01.08.2006 (M.B. du 14.08.2006) modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004. Le Conseil d'Etat s'étonne de la seule mesure d'exception proposée qui exprime l'accessibilité en "distance" alors que la nécessité d'intervenir de manière utile, voire vitale, avec une angioplastie coronarienne devrait plutôt être exprimée au moyen du facteur " temps".

Plutôt que d'engager à nouveau une discussion sur le fond avec le secteur afin de donner satisfaction aux nombreuses critiques formulées par le terrain, le ministre R. DEMOTTE a fait publier en toute hâte un nouvel arrêté (A.R. du 08.03.2007, M.B. du 09.03.2007) quasiment identique dans lequel les situations d'exception ne sont plus formulées en fonction de la distance mais du temps.

Les programmes partiels B1 qui étaient exploités et agréés séparément avant la date d'entrée en vigueur de cet arrêté en application de l'article 23 tel que celui-ci était en vigueur, peuvent être exploités jusqu'au 31

décembre 2007 inclus. Politiquement bien trouvé : il laisse la fermeture effective de ces centres B1 à son successeur.

L'arrêt du Conseil d'Etat, le rapport au Roi et les avis du Conseil d'Etat peuvent être obtenus sur simple demande au Secrétariat. Tél. 02/649.21.47 – Fax 02/649.26.90 – delphine@gbs-vbs.org.

8 MARS 2007. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés (M.B. du 09.03.2007)

Article 1er. L'article 11, deuxième alinéa, de l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les programmes partiels B1, B2 et B3 ne peuvent être exploités conjointement que sur un même site.

Par dérogation au deuxième alinéa, les programmes partiels B1-B2 peuvent être conjointement agréés et exploités sans programme partiel B3 pour autant qu'on démontre que :

1° de certaines communes du Royaume, les programmes de soins B agréés, qui contiennent au moins les programmes de soins B1-B2, ne peuvent pas être atteints par un service d'ambulance en application de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et ses arrêtés d'exécution, dans les 60 minutes;

2° l'exploitation des programmes partiels B1-B2 met une fin à la situation visée au 1°.

Art. 2. A l'article 15 du même arrêté les modifications suivantes sont apportées :

1° Au §2, premier et deuxième alinéas, les chiffres 500 et 200 sont chaque fois remplacés respectivement par 650 et 400;

2° au § 2, alinéa 1er, il est inséré « 229633-229644 » entre « 229611-229622 » et « 239072-239083 »;

3° au § 2, alinéa 2, les mots « au cours de la dernière année où » sont supprimés.

4° au § 2, alinéa 2, dernier alinéa, les mots « soit » et « ou soit l'année précédant » sont supprimés.

5° §2 est complété par l'alinéa suivant :

« Les besoins actuels, tels que visés à l'alinéa précédent, peuvent couvrir plusieurs Communautés ou Régions, comme visé respectivement aux articles 2 et 3 de la Constitution » .

Art. 3. § 1er. A l'article 18, §1er, les modifications suivantes sont apportées :

1° au 1°, le mot « deux » est remplacé par « trois »;

2° le 1° est complété par les mots « et effectuant au moins 125 des prestations précitées par an »;

3° au 2°, le mot « attachés » est remplacé par les mots « » au moins un attaché ».

§ 2. L'article 18 du même arrêté est complété par un § 3, libellé comme suit :

« § 3. Le programme de soins B doit avoir un chef de service commun. ».

Art. 4. La section 7 du chapitre III du même arrêté est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 7. - Agréments et exploitations
supplémentaires du programme de soins B

Art. 23. Avant que ne soit agréé et exploité un programme de soins « pathologie cardiaque B » pour la première fois sur un site, un accord doit être conclu en vue de l'exploitation avec tous les autres hôpitaux de la même zone, comme mentionné à l'article 23 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et qui n'exploitent pas de programme de soins B.

La zone visée à l'alinéa premier peut couvrir plusieurs Communautés ou Régions, comme mentionné respectivement aux articles 2 et 3 de la Constitution.

Art. 5. La section 8 du Chapitre III du même arrêté est remplacé par les dispositions suivantes :

« Section 8. - Accords de collaboration

Art. 24. L'autorité compétente pour la délivrance des agréments peut subordonner la recevabilité de la demande d'agrément à la démonstration que le demandeur d'un tel agrément a conclu un accord de collaboration avec les autres hôpitaux qui n'exploitent pas de programme de soins B et dans lesquels des prestations ont été effectuées, telles que visées à l'article 15, au cours des trois années précédant la publication au Moniteur belge de Notre arrêté du 1er août 2006, dans le cadre d'un programme de soins agréé « pathologie cardiaque » et qui se trouvent dans le territoire dans lequel le demandeur de l'agrément devra assurer les soins à la population en application des articles 23 de la loi sur les hôpitaux, coordonnées le 7 août 1987. ».

Art. 6. La première application de l'article 15 du même arrêté, tel que modifié par l'article 2, qui aura lieu en 2007, s'effectue sur base des prestations effectuées en 2003, 2004 et 2005.

Art. 7. Les programmes partiels B1 qui étaient exploités et agréés séparément avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté en application de l'article 23 tel que celui-ci était en vigueur, peuvent être exploités jusqu'au 31 décembre 2007 inclus.

Art. 8. L'arrêté royal du 1er août 2006 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés, est rapporté.

Art. 9. Le présent arrêté produit ses effets le 1er janvier 2007.

CRITÈRES SPÉCIAUX D'AGRÈMENT

MÉDECINE D'ASSURANCE ET EXPERTISE MÉDICALE

22 JANVIER 2007. - Arrêté ministériel fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes, maîtres de stage et services de stage en médecine d'assurance et expertise médicale (M.B. du 5.2.2007)

CHAPITRE Ier. – Définitions

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

1° médecine d'assurance : la branche de la médecine sociale concernant l'évaluation des atteintes à la santé, du remboursement des soins de santé, du contrôle médico-social, de la réadaptation socio-professionnelle, des problèmes d'organisation de la médecine et de la prévention des problèmes de santé dans le cadre d'assurances privées et de la législation sociale, plus particulièrement dans le cadre du régime de sécurité sociale;

2° expertise médicale : un examen médical indépendant effectué à la demande d'une instance judiciaire ou d'une ou plusieurs parties, dans le but d'évaluer un ou plusieurs des paramètres suivants :

- a) le dommage corporel;
- b) la nécessité et la durée d'un traitement médical;
- c) l'application des critères médicaux dans le cadre des lois sociales, du droit civil ou d'une police d'assurance.

CHAPITRE II. - Critères d'agrément

Art. 2. A condition de satisfaire aux critères définis à l'article 3, peut être agréé comme médecin spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale :

1° le titulaire du diplôme légal visé à l'article 2 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, qui, au moment d'entamer la formation visée à l'article 3, justifie d'une expérience clinique d'au moins deux ans;

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

Art. 3. § 1er. Pour être agréées pour porter le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale, les personnes visées à l'article 2 doivent avoir suivi une formation d'au moins deux ans qui répond aux critères suivants :

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

- a) l'évaluation médicale du dommage corporel;
- b) les aspects médico-juridiques de la médecine d'assurance dans les régimes de sécurité sociale;
- c) les aspects médico-juridiques de la médecine d'assurance dans les systèmes privés d'assurance, y compris l'expertise médicale;
- d) revalidation et réhabilitation professionnelle et extra-professionnelle;
- e) méthodes quantitatives en médecine d'assurance;
- f) les règles déontologiques et éthiques en médecine d'assurance et expertise médicale;

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

3° avoir publié ou présenté devant un jury de spécialistes un travail scientifique original impliquant la médecine d'assurance et l'expertise médicale.

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

CHAPITRE III. - *Critères de maintien de l'agrément*

Art. 4. Pour demeurer agréé, le médecin spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale apporte au moins tous les cinq ans la preuve qu'il entretient et développe ses connaissances dans le domaine de la médecine d'assurance et de l'expertise médicale par le biais d'une formation permanente de vingt heures en moyenne par an, ou qu'il participe à des publications scientifiques d'un niveau approprié impliquant la médecine d'assurance et la médecine d'expertise.

Par dérogation à l'article 4, § 1er, de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, le médecin spécialiste agréé en médecine d'assurance et expertise médicale peut aussi être titulaire d'un des titres professionnels particuliers prévus dans l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire.

CHAPITRE IV. - *Critères d'agrément des services de stage et maîtres de stage*

Art. 5. Peut être agréé comme service de stage au sens de l'article 3, 2°, la direction médicale d'une caisse d'assurances sociales ou privées, ou une pratique de groupe comprenant au moins deux médecins spécialistes en médecine d'assurance et expertise médicale, dont l'activité essentielle consiste à exercer la médecine d'assurance et la médecine d'expertise.

Le maître de stage est un médecin spécialiste agréé en médecine d'assurance et expertise médicale, et occupé à temps plein dans le domaine de la médecine d'assurance et de l'expertise médicale.

CHAPITRE V. - *Dispositions transitoires*

Art. 6. Durant deux années à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, peut être agréé au titre de médecin spécialiste en médecine d'assurance et expertise médicale, le médecin notoirement compétent en médecine d'assurance et expertise médicale, et qui apporte la preuve qu'il exerce, avec un niveau de connaissance suffisant, cette discipline de manière substantielle et importante depuis cinq années au moins, après avoir été diplômé comme docteur en médecine, chirurgie et accouchements ou comme docteur en médecine. Il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté. La preuve qu'il est notoirement compétent peut être apportée notamment par ses publications personnelles, attestation de spécialistes reconnus avec lesquels il a régulièrement collaboré, sa participation à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques concernant la médecine d'assurance ou l'expertise médicale.

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

Art. 7. L'ancienneté de huit ans du maître de stage, visée à l'article 5, 2, de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, ne sera exigible qu'à partir de neuf ans à compter de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté.

Appel aux intéressés : Le GBS invite les médecins spécialistes désireux d'obtenir ce titre professionnel particulier à se faire connaître en contactant le secrétariat par téléphone au 02/649.21.47, par fax au 02/649.26.90 ou par e-mail à l'adresse delphine@gbs-vbs.org

REGLES INTERPRETATIVES ART. 5 ET 6 (TRAITEMENTS ORTHODONTIQUES) (M.B. du 21.2.2007)

1° La règle interprétative 05 est remplacée par la disposition suivante :

REGLE INTERPRETATIVE 5 (en vigueur à partir du 1er décembre 2006)

QUESTION

Une prestation 305594-305605 peut-elle être attestée après le quinzième anniversaire ?

REPONSE

La prestation 305594-305605 peut être attestée après le quinzième anniversaire en vertu de la règle de dérogation à la limite d'âge. Toutefois, l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour cette prestation n'est due que pour autant que le Conseil technique dentaire ait donné son accord pour le remboursement du traitement orthodontique.

La prestation 305594-305605 peut également être attestée après le quinzième anniversaire pour autant qu'une demande d'intervention (annexe 60) ait été introduite auprès du médecin-conseil avant la date du quinzième anniversaire de l'enfant et qu'un accord d'intervention ait été obtenu.

Si la demande a été introduite, à titre conservatoire, pour des raisons dûment motivées, et qu'un accord d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire a été obtenu pour le traitement, le remboursement de la prestation 305594-305605 pourra se faire de nouveau dans les conditions définies par le § 10 de l'article 6 de la nomenclature.

2° Des règles interprétatives 08 à 10 sont insérées :

REGLE INTERPRETATIVE 8 (en vigueur depuis le 1er janvier 2007)

QUESTION

Quand peut-on introduire une demande de continuation de traitement orthodontique ? Quelle est la procédure en application ?

REPONSE

Une demande de prolongation de l'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour une continuation de traitement peut être introduite quand un précédent accord a été sollicité et qu'a été obtenu un nombre inférieur au nombre maximum de trente-six forfaits de traitement régulier que peut comprendre initialement un traitement orthodontique.

L'accord d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire pour une demande de continuation est de la seule compétence du médecin-conseil.

La procédure d'introduction est semblable à celle de la demande de prolongation :

- 1) Elle doit être effectuée sur un formulaire réglementaire annexe 60;
- 2) Elle doit être introduite auprès du médecin-conseil au plus tard dans le courant du 3e mois civil suivant celui au cours duquel a été attesté le dernier des forfaits octroyés initialement dans le cadre d'un traitement régulier.
- 3) Ce dernier forfait pour un traitement régulier doit être attesté sous le numéro 305712 -305723.
- 4) En cas d'introduction tardive, le médecin-conseil réduit le nombre de forfaits de traitement régulier supplémentaires accordé d'un nombre égal au nombre de mois de retard enregistré dans l'introduction de la demande de continuation de traitement, tout mois entamé étant considéré comme mois entier de retard.

REGLE INTERPRETATIVE 9 (en vigueur depuis le 1er janvier 2007)

QUESTION

Quand peut-on attester la prestation 305830-305841 ? Quand bénéficie-t-elle d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire ?

REPONSE

La prestation 305830-305841 peut être attestée lorsqu'un avis ou examen orthodontique est accompagné d'un rapport écrit à l'attention d'un praticien de l'art dentaire, d'un médecin, d'un logopède ou d'un kinésithérapeute.

Elle peut être aussi attestée lors de la rédaction du formulaire réglementaire annexe 60 lors d'une demande de continuation de traitement à l'attention d'un médecin-conseil ou de prolongation de traitement à l'attention du Conseil technique dentaire.

La prestation peut être attestée et faire l'objet d'une intervention de l'assurance-maladie obligatoire uniquement si elle est effectuée chez un patient qui répond aux conditions pour l'octroi d'une intervention pour un traitement orthodontique dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

REGLE INTERPRETATIVE 10 (en vigueur depuis le 1er janvier 2007)

QUESTION

Peut-on cumuler la prestation 305830-305841 avec la prestation 305594-305605 et/ou la consultation ?

REPONSE

Non.

**NOMENCLATURE CONSULTATIONS
ENDOCRINO-DIABÉTOLOGIE**

21 DECEMBRE 2006. - Arrêté royal modifiant l'article 2, 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 15.1.2007)

Article 1er. A l'article 2, 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, [...], les prestations suivantes sont insérées après la prestation 102550 :

« 102255

Consultation à son cabinet du médecin spécialiste en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, y compris un rapport écrit éventuel. N 16

102874

Consultation à son cabinet du médecin accrédité spécialiste en médecine interne porteur du titre professionnel particulier en endocrino-diabétologie, y compris un rapport écrit éventuel. N16

..... + Q 30

Les deux prestations 102255 et 102874 sont également attestables par le médecin spécialiste en médecine nucléaire et médecine interne porteur du titre professionnel particulier en endocrinologie-diabétologie. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

**NOMENCLATURE TRANSPLANTATIONS
articles 14 m) et 20 (en vigueur à partir du 01.12.2006)
ERRATUM**

Le texte publié au M.B. du 23.10.2006 (voir "Le Médecin Spécialiste N° 6 / NOVEMBRE 2006", p. 9) est modifié par un erratum publié au M.B. du 19.12.2006, p. 72894) :

6 OCTOBRE 2006. - Arrêté royal modifiant, les dispositions des articles 14m) et 20, § 1er, 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 23.10.2006)

Article 1er. A l'article 14 m) 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° la prestation 318032-318043 et la règle d'application qui suit sont supprimées;

2° les **cinquième et sixième** (au lieu de "les quatrième et cinquième") règles d'application qui suivent la prestation 318253-318264 sont supprimées;

3° dans la dernière règle d'application qui suit la prestation 318253-318264, la dernière phrase est supprimée.

[...]

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 35bis (Chirurgie thoracique et cardiologie) : A.R. du 22.11.2006 (M.B. du 15.12.2006 – p. 72156)

Article 35bis (Chirurgie abdominale et pathologie digestive) : A.R. du 22.11.2006 (M.B. du 15.12.2006 – p. 72157)

Articles 28, 35 et 35bis (Ophtalmologie) : A.R. du 22.11.2006 (M.B. du 22.12.2006 – p. 73771)
Article 35bis (Chirurgie thoracique et cardiologie) : A.R. du 8.12.2006 (M.B. du 22.12.2006 – p. 73775)

Le texte complet est disponible sur le website et peut également être obtenu sur simple demande au Secrétariat.

**EXERCICE DU DROIT DU PATIENT D'OBTENIR UNE COPIE DE SON DOSSIER :
 Montant maximal par page copiée pouvant être demandé au patient**

2 FEVRIER 2007. - Arrêté royal fixant le montant maximal par page copiée pouvant être demandé au patient dans le cadre de l'exercice du droit d'obtenir une copie du dossier de patient le concernant (M.B. du 7.3.2007)

Article 1er. § 1er. Un montant maximal de 0,10 euro peut être demandé au patient pour chaque page reproduite de texte qui lui est fournie sur un support papier en application de l'exercice de son droit d'obtenir une copie, tel que visé à l'article 9, § 3, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Un montant maximal de 5 euros par image reproduite peut être demandé au patient qui exerce son droit d'obtenir une copie pour ce qui concerne l'imagerie médicale.

Si une ou plusieurs pages visées aux alinéas 1er et 2 sont reproduites sur un support numérique, un montant maximal de 10 euros peut être demandé au patient pour l'ensemble des pages reproduites sur ce support ou sur l'ensemble de ces supports.

§ 2. Par demande d'une copie telle que visée à l'article 9, § 3, de la même loi, on peut réclamer au maximum un montant de 25 euros en application du § 1er.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

RECTIFICATIF – Le Médecin Spécialiste N° 1 / JANVIER 2007

Les tableaux 10 et 11 figurant en page 5 du Médecin Spécialiste N° 1 / JANVIER 2007 doivent être remplacés par les tableaux suivants :

**BUDGET SANTE PUBLIQUE BELGE
(en millions d'euros)**

	Budget global	Honoraires médicaux
1970	850,868	340,347
1980	3.341,707	1.169,621
1990	7.070,908	2.944,600
1995	9.938,190	3.349,480
2000	12.820,054	4.128,800
2005	17.332,170	5.222,720
2006*	18.454,063	5.533,120
2007**	19.618,653	5.907,005

Tableau 10

Source : INAMI

* Objectif budgétaire 2006 **Objectif budgétaire 2007 (note CSS 2006/308 du 17.10.2006)

• En valeur nominale : 2006/1970
 - budget global x 21,7
 - budget honoraires médicaux x 15,7

• Croissance annuelle moyenne en valeur constante
 - budget global : + 4,53 %
 - budget honoraires médicaux : + 3,59 %

**EVOLUTION
BUDGETS INAMI et HONORAIRES**

Année	Total dépenses INAMI (en millions d'€)	Total honoraires médicaux	
		Montant (en millions d'€)	% total INAMI
1995	9.938,19	3.349,48	33,7
1996	10.957,28	3.683,10	33,6
1997	10.655,69	3.477,47	32,6
1998	11.294,04	3.707,79	32,8
1999	12.029,06	3.905,49	32,5
2000	12.820,05	4.102,33	32,0
2001	13.774,37	4.344,03	31,5
2002	14.162,56	4.291,48	30,3
2003	15.383,68	4.623,62	30,1
2004	16.771,43	5.062,60	30,2
2005	17.250,17	5.240,96	30,4
2006*	18.454,06	5.533,12	30,0

Tableau 11

Objectif budgétaire

Source : Rapports annuels de l'INAMI et note CSS 2006/267 du 28.08.2006 et www.inami.be

MEDECINE ET DROIT

Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique

L'ouvrage "**Médecine et droit – Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique**" (Édition 2007 - ISBN 978-287455-025-6 - 232 pages - 68 euros) donne un éclairage actuel, pluridisciplinaire et comparé sur différentes questions qui relèvent à la fois du **droit**, de la **science** et de **l'éthique**

- Quelles sont les limites de la médecine face au droit? Qu'en est-il de la responsabilité des médecins à l'égard de leurs patients? Quels sont les droits des patients mineurs d'âge?
- De quels moyens disposons-nous contre les risques de pandémie que constitue notamment la grippe aviaire? Sont-ils compatibles avec nos libertés individuelles?
- Comment l'expérimentation médicale, les procréations médicalement assistées et le clonage sont-ils perçus par les juristes, le corps médical et les religieux?

Pour plus de renseignements : maison d'édition ANTHEMIS S.A., Parc scientifique Einstein
Chemin du Cyclotron 6, B-1348 Louvain-la-Neuve – Tél. 010/39.00.70, Fax 010/39.00.01,
info@anthemis.be, www.anthemis.be

BOURSES FONDATION CANCEROLOGIQUE SAINT MICHEL

La Fondation Cancérologique St Michel fête en 2007, ses trente ans d'existence. A cette occasion, le Conseil d'administration a décidé d'octroyer un montant de 25.000 € au fond des bourses. En fonction de la qualité des projets, ce montant pourrait s'élever à 40.000 €.

Ces bourses sont destinées à permettre à des professionnels de la santé

- soit de se perfectionner ou de s'initier à des méthodes de recherche fondamentale de diagnostic ou de traitement des affections tumorales.
- soit d'entreprendre une étude clinique ayant trait à l'oncologie.
- soit de proposer une action spécifique qui aide le patient cancéreux ou sa famille à surmonter la maladie

La date limite pour les candidatures à ces bourses est fixée au **30 avril 2007**.

Règlement 2007 et feuille de synthèse sur la Fondation disponibles au Secrétariat du GBS.

Pour plus d'informations : Fondation Cancérologique St Michel, Avenue Ch Verhaegen 27 à 1950 Kraainem.

REUNIONS SCIENTIFIQUES

Journée d'information consacrée au « gros bras »

jeudi 22 mars 2007 – Musée Royal des Beaux Arts de Belgique

La Fondation contre le Cancer, en collaboration avec Vivre Comme Avant et Lympho-Kinetics et avec le soutien d'Europa Donna Belgium, organise une journée d'information sur le lymphoedème, communément appelé "gros bras", conséquence possible du traitement d'un cancer du sein. Les exposés qui seront présentés sont destinés aux patientes, aux infirmières, aux kinésithérapeutes et à toute personne désireuse d'être informée des nouveaux progrès thérapeutiques dans la prise en charge du lymphoedème du bras.

Vous pouvez obtenir le programme détaillé de cette Journée d'information ainsi que le bulletin d'inscription en vous adressant à la :

Fondation contre le Cancer

Madame Dorothee Delvoye

Chaussée de Louvain 479 – 1030 Bruxelles

Téléphone : 02 736 99 99

Fax : 02 734 92 50

E-mail : ddelvoye@cancer.be

ou via le site Internet : www.cancer.be

Conférence bisannuelle du Comité Consultatif de Bioéthique
25/4/2007 – Théâtre du Résidence Palace à Bruxelles

Le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique consacre sa prochaine conférence bisannuelle au thème "**Tous dopés? Éthique de la médecine d'amélioration**". Cette conférence destinée au grand public se déroulera le mercredi 25 avril 2007 au Théâtre du Résidence Palace à Bruxelles.

Depuis quelques semaines, le dopage dans le milieu sportif retient l'attention des médias. La conférence portera bien entendu sur cette problématique mais l'élargira en outre à toute la «culture du bien-être». Instance officielle de réflexion éthique, il appartiendra au Comité d'approfondir, à la faveur de cette conférence, les aspects philosophico-éthiques de la médecine d'amélioration.

Pour le programme de cette journée et toutes les informations utiles : www.health.fgov.be/bioeth

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 05150* **MARCHE:** L'IFAC (hôpitaux de Marche et Bastogne) recherche pour son site de Marche des médecins pour **ASSISTANCES OPERATOIRES ET PERMANENCES AU BLOC OPERATOIRE** (chirurgie viscérale, vasculaire et thoracique). Envoyer candidature au Dr Olivier DOCKX tél. 084/219052, au Dr Vlad ALEXANDRESCU tél. 084/219076 ou au Dr Christian NGONGANG tél. 084/219090 - IFAC, Rue du Vivier, 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 06116 **BRUXELLES :** Le Vésalius Médical Center (complètement remis à neuf) situé à Uccle dans le quartier Coghen recherche des médecins spécialistes pour **LOCATION DE LOCAUX MEUBLES** (180m² + 12 places de parking). Prix: ± 7 euros/h tout service compris. Infos et renseignements: 0479/33 14 35
- 06126 **JODOIGNE :** Urgent : **CONSULTATION ORL** à reprendre. Autres confrères/consœurs bienvenus. Loyer très raisonnable ! Tél. soir 02/779.28.15.
- 07002 **A LOUER** quartier Meiser cabinet médical convenant pour disciplines multiples. Pour tout renseignement, tél. au 02/735.15.15.
- 07009 **A VENDRE :** pulp vitality tester neuf, danois, 150 € HTVA pour cause de double emploi. Tél. soir au 02/478.19.49.
- 07010 **RADIOLOGUE POLYVALENT** disponible pour remplacements/intérim au 0476/20.02.80.
- 07011 **OHAIN :** Location d'un cabinet médical privé. Location par 1/2 journée. Cabinet luxueux situé au Vieux chemin de Wavre. Tél. 0475/45.74.74.
- 07014 **A VENDRE :** 2 salles de radio. compl. Philips Diagnost 85 + mammo + rx dentaire + divers accessoires. Prix modéré. Pour renseignements : tél. 02.376.93.67
- 07017 **CHERCHE RADIOLOGUE** pour une ou deux demi-journées de consultation par semaine à la Polyclinique d'Oupeye, 7 rue Perreau, 4680 Oupeye. Tél. : 0496 27 08 61
- 07018 **A LOUER, par demi-journée, salles de consultation semi-équipées** dans superbe espace médical entièrement rénové (260 m²) aéré et très agréable, avec accueil, salle d'attente, internet, service à la carte (photocopieuse, secrétariat téléphonique,...), accès aisé (transport en commun), axe routier très fréquenté, parking aisé, situation exceptionnelle proche plusieurs cliniques. **Adresse : 345 avenue Brugmann à 1180 Bruxelles.** Renseignements et visites: **0475/466.716.**
- 07019 **A VENDRE** à Liège Rocourt : Belle et spacieuse demeure style manoir, beau parc 3100 m². Immeuble polyvalent convenant pour habitation & profession libérale (2 entrées ind. + parkings). Suite de belles réceptions (marbre, parquets chêne) terrasse sud, 6 ch. au nord, plusieurs bureaux spacieux. Tél. :04.2633769, 0478.421452. Annonce www.Immoweb.be : 971.757
- 07020 **A VENDRE** à 1180 UCCLÉ : maison entièrement rénovée, 2 étages, 4 chambres, grand espace séjour avec cheminée, 1 salle de bain, 2 wc séparés, cuisine équipée, garage + emplacement parking, grenier aménageable, 2 terrasses, beau jardin avec abri, chauffage au gaz, double vitrage, quartier calme, résidentiel dans un cadre de verdure, accès rapide centre ville, transports, commerces, hôpitaux,... **LIBRE IMMEDIATEMENT.** Pour renseignements et visite sur rv : tél. 02.376.93.67
- 07021 **CHRVS AUVELAIS,** 350 lits recherche **NEUROLOGUE (H/F)**, temps plein pour compléter son service de neurologie. Pour renseignements et conditions : Dr P. Janssens, Directeur Médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail: paul.janssens@mail.chrvs.be
- 07022 **CHIRURGIEN VEND** instruments et livres de chirurgie. Prix intéressants. Tél. 04/252.67.13 – Fax 04/252.10.14.
- 07023 **CHIMAY :** L'hôpital de CHIMAY recherche pour son service de médecine interne des médecins spécialistes en : **PNEUMOLOGIE, DIABETOLOGIE, ONCOLOGIE, GASTRO-ENTEROLOGIE.** Conditions de travail intéressantes. Contact : Dr J. Léonard 060/21.87.13 ou 0495/16.82.56.
- 07024 **FRANCE :** Groupe de 7 **ANESTHESISTES** libéraux recherche, pour 2007, 2 associés : 1 pour succéder à un confrère à partir de juillet 2007 (départ à la retraite) et 1 pour renforcer l'équipe en raison de l'ouverture programmée d'un nouveau service de réanimation polyvalente. Etablissement situé dans le Var (Toulon) de

+ de 150 lits toutes activités chirurgicales à forte prédominance cardio-vasculaire mais sans CEC. Pas de maternité, pas de neurochirurgie. Plateau technique complet : réanimation polyvalente 8 lits + 4 SI, Scanner, IRM, coronarographie (4000 procédures/an), 8 salles de bloc... 2 secrétaires, 3 IADE. CA annuel avant ch. sociales perso et impôt sur le revenu (frais professionnels et reversements clinique déduits) > 200 000 €/an. Remplacements préalable souhaitables. Contact secrétariat anesthésie au 00.33. (0).494 069 879 Dr Gronlier Mail : gronlier@gmail.com

- 07025 **FRANCE** : Importante polyclinique du Nord de la France – Bassin de vie très important – Etablissement de 250 lits, disposant de son propre centre de rééducation. Notre activité neurochirurgie et chirurgie rachidienne étant très importante, nous souhaiterions engager un second **CHIRURGIEN(NE) ORTHOPEDISTE, ORIENTATION RACHIS OU NEUROCHIRURGIEN(NE)** ayant une expérience significative d'instrumentation de la colonne. Nous vous remercions de nous contacter : + 33 (0) 688 71 09 89 – erasmus.consult AT yahoo.com
- 07026 **FRANCE** : Cède cab médic **ENDOCRINO-DIABETO** tenu 33 ans plein centre de Saint-Raphaël. Côte d'Azur France cause retraite juin 2007. CA 2004 = 138000 euros bénéfice 2004 = 78000 euros, CA 2005 = 128000 euros bénéfice 2005 = 68000 euros, CA 2006 = 136000 euros bénéfice 2006 = 75000 euros. Cède patientèle 20000 euros à débattre + loc cab médic de 60m² 850 euros. Dr Thuan Claude 00.33.4 94 95 55 81
- 07027 **FRANCE** : Cause retraite proche, cède T.B. clientèle de neurologie et de neuro-psychiatrie, Côte d'Azur, proche Nice (ville de CHU) : activité de consultations, de visites en cliniques et d'explorations fonctionnelles neurologiques (EEG, EMG, bilans neuro-psychologiques, expertises). Important plateau technique (scanner, IRM, scintigraphie) à proximité immédiate. Situation géographique, conditions de travail et recrutement très attractifs. Contact : soubielleph@wanadoo.fr ou tél. : 00.33.6 10 90 10 85.
- 07028 **FRANCE - LORRAINE** : Installation **CHIRURGIEN UROLOGUE** statut libéral - activité assurée au sein d'une clinique privée - secteur II / RH Santé (Paris) Kamel NASRI 0033 6 88 16 49 34 -kamel.nasri@rhsante.fr
- 07029 **FRANCE - VENDEE** : Installation **PEDIATRE** praticien hospitalier - poste pour unité pédiatrie générale au sein d'un établissement public / RH Santé (Paris) Kamel NASRI 0033 6 88 16 49 34 -kamel.nasri@rhsante.fr
- 07030 **FRANCE - RHONE ALPES** : Installation **GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS** statut libéral - activité assurée au sein de cliniques privées / RH Santé (Paris) Kamel NASRI 0033 6 88 16 49 34 -kamel.nasri@rhsante.fr
- 07031 **FRANCE - TOURS** : Installation **MEDECIN GERIATRE** statut salarié - poste pour établissement de soins de suite et réadaptation / / RH Santé (Paris) 0033 1 44 69 26 51 - Kamel NASRI 0033 6 88 16 49 34 - kamel.nasri@rhsante.fr

Table des matières

• Communiqué de presse du 05.02.2007 : L'administration étouffe le médecin et le patient	1
• Symposium Médicaments (GBS – 03.02.2007) :	
Economies dans l'assurance-maladie : les forfaits – Dr J.L. DEMEERE	2
• Normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés.....	3
• Critères spéciaux d'agrément : médecine d'assurance et expertise médicale	5
• Règles interprétatives art. 5 et 6 (traitements orthodontiques)	6
• Nomenclature consultations : endocrino-diabétologie	8
• Nomenclature transplantations articles 14 m) et 20 – erratum	8
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	8
• Exercice du droit du patient d'obtenir une copie de son dossier : Montant maximal par page copiée pouvant être demandé au patient.....	9
• Rectificatif – Le Médecin Spécialiste N° 1 / JANVIER 2007	9
• Médecine et droit : Questions d'actualité en droit médical et en bioéthique	10
• Bourses Fondation cancérologique Saint Michel	10
• Réunions scientifiques	10
• Annonces	11