
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° 5 / JUILLET 2010

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

**MEMORANDUM DU G.B.S.
AUX NEGOCIATEURS EN VUE DE LA FORMATION D'UN NOUVEAU GOUVERNEMENT
(18.06.2010)**

L'électeur s'est rendu aux urnes le 13 juin 2010. Il appartient maintenant aux négociateurs en vue de la formation d'un nouveau gouvernement de trouver un accord qui prenne en compte les desiderata des uns et des autres de façon équilibrée.

Le GBS demande qu'une attention toute particulière soit accordée aux points suivants :

1. Les besoins en soins augmentent, la médecine évolue et devient plus performante. Pour ces raisons, il est essentiel que la norme de croissance de 4,5 % dans les soins de santé soit maintenue.
2. Les moyens disponibles doivent être utilisés efficacement et il convient de lutter contre les abus. Cela n'implique toutefois pas que les autorités peuvent s'immiscer dans le libre accès du patient au médecin de son choix. La liberté diagnostique et thérapeutique du médecin doit continuer à être garantie dans l'intérêt du patient. Il faut favoriser une collaboration étroite et harmonieuse entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Au besoin, une approche pluridisciplinaire des besoins en soins du patient doit être encouragée. L'échelonnement est un concept dépassé.
3. Les activités des médecins généralistes et des médecins spécialistes doivent donner lieu à des honoraires à l'acte corrects de manière à rendre superflu le subventionnement occulte par toutes sortes de forfaits.
4. L'échange électronique de données doit être favorisé dans le respect de la vie privée et du secret professionnel médical. Les besoins en informations et les programmes IT des instances concernées doivent être fonctionnellement adaptés à l'intérêt des soins de santé. Un système de type "big brother is watching you" n'est pas acceptable.
5. L'art médical évolue à un rythme soutenu. Les possibilités technologiques dans le domaine des soins de santé augmentent toujours plus vite et mobilisent des moyens financiers considérables. Dès lors, la mise en oeuvre des innovations doit être mûrement réfléchie en concertation avec les organisations professionnelles et les prestataires de soins concernés et sans privilèges.
6. La loi prévoit que le patient ne peut être hospitalisé que s'il ne peut pas être soigné en ambulatoire. Les traitements (notamment chirurgicaux) en extra-muros permettant d'éviter une hospitalisation doivent être encouragés pour autant que les garanties indispensables en termes de qualité et de sécurité soient offertes au patient. Ces prestations doivent être rétribuées au même niveau qu'à l'hôpital. Toute forme d'obstacle purement formel qui serait le produit d'un hospitalocentrisme coûteux doit être levé.

7. Le système des montants de référence est injuste. Les hôpitaux doivent être évalués en fonction de la qualité des soins fournis et pas en fonction d'un coût moyen. L'art. 56ter de la loi S.S.I.¹ doit être abrogé.
8. Apprendre à utiliser efficacement les moyens disponibles constitue un aspect important de la formation des MSFP². 90 % des MSFP exerceront dans des établissements non universitaires au terme de leur formation. Il est essentiel que les MSFP acquièrent de manière équilibrée leurs connaissances scientifiques, expérience de terrain et leurs aptitudes technico-professionnelles dans des services de formation non universitaires. Il n'est pas admissible que les universités essaient, par le biais d'un "master na master" ou d'un diplôme de "master complémentaire", de lier autant que possible aux hôpitaux universitaires les MSFP, qui sont pourtant des médecins diplômés au terme de 7 années d'études, en leur imposant un statut d'étudiant. La spécialisation est et doit rester une formation professionnelle relevant de la compétence du ministre fédéral de la Santé publique.

Approuvé unanimement lors du comité directeur du 17.06.2010

¹ Loi S.S.I. : Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

² MSFP : médecin spécialiste en formation professionnelle

LE MANAMA EN COMMUNAUTE FLAMANDE – LE DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN COMMUNAUTE FRANÇAISE – FACULTATIF OU OBLIGATOIRE ?

Les arrêtés du 4 septembre 2009 du Gouvernement flamand portant agrément de la formation de master après master 'master in de specialistische geneeskunde' à la VUB, à l'UA, à l'UGent et à la KUL ont été publiés dans le Moniteur belge des 18 et 21 septembre 2009. Le GBS a introduit un recours en annulation contre ces arrêtés devant le Conseil d'Etat. La procédure est en cours et durera dans le meilleur des cas encore des mois voire des années.

Entre-temps, une question cruciale se pose aux médecins spécialistes en formation professionnelle (MSFP), à savoir : ce MaNaMa est-il obligatoire pour pouvoir devenir médecin spécialiste? La réponse est **NON**. Le mémoire en réponse de l'avocat de Monsieur Pascal Smet, ministre de l'Enseignement de la Communauté flamande, introduit dans le cadre du recours en annulation du GBS, est très clair sur ce point. A plusieurs reprises, nous lisons dans son mémoire la confirmation que cette formation de master après master n'est **PAS** obligatoire. Nous citons : (traduction par nos soins) ***“La formation de master après master agréée par l'arrêté contesté ne touche pas les critères d'agrément définis par l'autorité fédérale de sorte que le fait de ne pas suivre la formation de master après master n'empêche pas l'agrément du candidat spécialiste”. “Il s'agit d'une formation quoi qu'il en soit facultative, tout comme toutes les autres formations proposées par les universités. En d'autres termes, le médecin spécialiste en formation est libre de choisir de suivre ou non cette formation académique.”*** (fin de citation)

Une spécialisation ne constitue pas des études et ne relève pas de la compétence des Communautés. C'est une formation professionnelle qui est réglementée au niveau fédéral et pour laquelle l'agrément est exclusivement octroyé par la ministre fédérale de la Santé publique. Tandis que tant le "MaNaMa" que le diplôme d'études supérieures spécialisées (le DESS) sont superflus pour obtenir son agrément comme spécialiste, le candidat spécialiste doit par contre, conformément à la réglementation fédérale en vigueur actuellement, disposer de :

- 1) une attestation universitaire octroyée par la faculté de médecine d'une université belge prouvant qu'au cours d'une année donnée, le MSFP peut débiter, au sein de la faculté de médecine de cette université, un cursus complet¹.
- 2) une attestation qui prouve que le candidat a suivi avec fruit une formation universitaire spécifique; pour les candidats spécialistes, cette formation doit avoir coïncidé avec les deux premières années de la formation².

Le GBS a entamé depuis peu des entretiens avec la CHAB³ au sein de laquelle toutes les universités sont représentées. Le GBS recherche un système acceptable pour toutes les parties. Le GBS vous tiendra régulièrement informés. Pour continuer à recevoir des informations par voie électronique, pensez à nous communiquer votre adresse e-mail (à envoyer à info@gsb-vbs.org).

¹ A.R. du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale (M.B. du 18.06.2008, art. 1).

² A.R. du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes (M.B. du 27.04.1983, art. 21, 4^e).

³ Conférence des Hôpitaux Académiques de Belgique

**OPINION : "DE MOINS EN MOINS"
(publié dans « Les spécialistes » du 29.06.2010)**

Lorsque vous lirez ces lignes, les élections fédérales seront terminées et l'INAMI pourra tout doucement commencer à comptabiliser les votes pour les élections médicales. Les soins de santé ont beau être une priorité politique pour le citoyen lambda, c'est apparemment sur ce poste que se concentrent les velléités d'économies des politiques. La réponse à l'une des questions de l'enquête publiée dans cette revue le 01.06.2010 a d'ailleurs révélé aux partis politiques un nouvel ennemi en la personne du spécialiste hospitalier – puisque celui-ci gaspillerait le budget des soins de santé ! Le monde politique a en effet déduit des réponses que 26% des spécialistes flamands et 52% de leurs confrères francophones factureraient à l'INAMI des prestations superflues. Du pain bénit pour nos politiques désespérés qui, après avoir été grassement payés à ne rien faire pendant trois ans, doivent recommencer à vendre du vent aux mêmes électeurs ! En réalité, ce qu'ont déclaré 37,4% des spécialistes belges, c'est que les directions d'hôpitaux les mettaient parfois, souvent ou continuellement sous pression pour qu'ils effectuent des prestations pas vraiment indispensables d'un point de vue médical, pour des questions de rentabilité de l'établissement. C'est fondamentalement autre chose qu'affirmer qu'ils effectueraient des actes médicaux superflus, comme l'ont écrit certaines plumes malveillantes.

Conséquence : le politique brade la norme de croissance légale de 4,5%. Moins la croissance des soins est importante, mieux cela vaut ! Seuls le cdH et le PS continuent à défendre la nécessité de ces 4,5%, mais les citoyens flamands ne peuvent pas voter pour eux – sauf dans l'arrondissement de BHV. Le cdH et le PS sont-ils vraiment les seuls à réaliser que la norme de croissance permet aussi de préserver et de développer l'emploi dans le secteur des soins ? Tous les partis jugent pourtant l'emploi – et les rentrées qui en découlent sur les plans fiscal et de la sécurité sociale – d'une importance capitale. Nonobstant ceci, tout le monde en veut à ces 4,5%, le CD&V en tête : croissance = inflation. Il faut viser une croissance nulle par conséquent. Le Bureau du plan a pourtant calculé que, pour des raisons purement démographiques, les soins aigus vont augmenter en moyenne de 0,63% par an (0,35% à mettre sur le compte du vieillissement et 0,28% sur celui de l'accroissement de la population) et les soins chroniques de 1,7%, soit un total de 2,33% ou une dépense supplémentaire de 565 millions d'euros par rapport au budget 2010 de 24,25 milliards. Lors d'un récent séminaire sur les dépenses de santé, ces chiffres du Bureau du plan ont été présentés à une brochette de bonzes politiques du monde mutualiste et hospitalier. Ces dirigeants sont-ils aujourd'hui d'accord pour que le secteur de la santé connaisse une croissance nulle ? Mémoire courte ou démence sénile avant l'heure ? Ils risquent bien, dans ce cas, de se retrouver pris dans un scénario rappelant celui de Soy lent Green¹, où leur manque d'intérêt économique leur vaudrait d'être éliminés. Ou devons-nous cesser de soigner nos vieux, ou de les soigner si bien ? Selon les prévisions du Bureau du plan, l'espérance de vie à la naissance va continuer à augmenter, passant de 77,3 ans en 2007 à 85,3 ans en 2060 pour les hommes et de 83,3 ans en 2007 à 90,9 ans en 2060 pour les femmes. Le sp.a, lui, n'a pas de problème de norme de croissance : il fait payer le surcoût par les médecins indépendants et l'industrie pharmaceutique. Et voilà qui est réglé !

A la lumière de ces constats sur fond de déficit budgétaire de 22 milliards d'euros en 2015 – soit 2.037 euros pour chacun de nos 10,8 millions de compatriotes –, peu importe finalement que le prochain premier ministre fédéral s'appelle De Wever, Di Rupo ou Pinocchio. Il faut comprimer les dépenses. Et le Bureau du plan a des suggestions : nombre de fonctionnaires -1%: -432, recul de l'âge de la retraite -1%: -325, soins de santé -1%: - 288 (en millions d'euros), soit au total

1,045 milliard d'euros, un cinquième de ce trou qu'il faudra bien boucher un jour. Mes suggestions alternatives : limiter la surabondance de réglementations, les structures, les normes impossibles à financer, le nombre de ministres de la Santé pour les édicter, réduire substantiellement l'administration inutile et améliorer les accords entre prestataires.

Dr Marc Moens, président de l'ABSyM, secrétaire général du GBS.

¹ Soylent Green : film d'horreur/science fiction de 1973, dont l'action se situe à New York en 2022; les citoyens indigents sont exhortés à opter pour l'euthanasie, laquelle est organisée par des fonctionnaires à la solde de l'Etat. Cf. mon rapport annuel 2005 du GBS : "Aujourd'hui, des économies sans fin, et demain, Soylent Green?" <http://www.gbs-vbs.be/lms/ms2006/ra2005/ra2005-00.asp>

LES ARRETES ROYAUX DU 18 AVRIL 2010 PUBLIES AU MONITEUR BELGE DU 12 MAI 2010 MODIFIENT DE MANIERE FONDAMENTALE LES REGLES DE CONNEXITE DANS L'ART. 20 DE LA NOMENCLATURE. CES NOUVELLES REGLES SERONT APPLICABLES A PARTIR DU 1^{er} JANVIER 2012. UNE VERSION PLUS LISIBLE DE LA NOMENCLATURE DE L'ART. 20 EST DISPONIBLE SUR NOTRE WEBSITE WWW.GBS-VBS.ORG.

Pour obtenir une version électronique de cette note,
il vous suffit de nous communiquer votre adresse e-mail.

NOMENCLATURE : ARTICLES 11, 14, 20, 21 et 25
(prestations spéciales générales, chirurgie générale, médecine interne,
dermato-vénéréologie et surveillance)
(en vigueur à partir du 01.07.2010)

18 AVRIL 2010. - Arrêté royal modifiant les articles 11, 14, 20, 21 et 25, 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 12.05.2010)

Article 1er. A l'article 11 (*ndlr : prestations spéciales générales*) 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° au § 1er,

1. les prestations désignées par les numéros d'ordre 350534-350545, 350556-350560, 350571-350582 et 350593-350604 sont abrogées;

2. les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées avant la prestation 351035-351046 :
« 470072-470083

Placement par ponction d'un cathéter à demeure (type Tenckhoff) en vue d'une dialyse péritonéale chronique K 16,88

472054-472065

° Incision de thrombose hémorroïdaire K 20

472150-472161

° Ligature d'hémorroïdes K 20

472511-472522

° Rectoscopie K 12

Par rectoscopie, il faut entendre les examens effectués au moyen d'un rectoscope de 25 cm au moins, à l'exclusion de toute anoscopie ou ampuloscopie simple qui ne peuvent pas donner lieu à des honoraires particuliers, ceux-ci étant inclus dans les honoraires prévus pour les consultations, visites et surveillance des bénéficiaires hospitalisés.

La prestation n° 472511 - 472522 n'est pas cumulable avec les prestations n°s 472452 - 472463, 473130 - 473141, 473174 - 473185, 473211 - 473222, 473432 - 473443 et 473756 - 473760 de l'article 20.

473476-473480

° Coagulation à l'infrarouge ou photocoagulation ou cryothérapie d'hémorroïdes, par séance . . . K 11,25
475075-475086

° * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum . . . K 14,95

Lorsqu'un médecin généraliste agréé ou médecin généraliste avec droits acquis effectue, pour ses propres malades, la prestation n° 475075 - 475086, cette dernière est honorée, pour autant :

a) que ce médecin soit porteur d'un certificat délivré par une Faculté de médecine belge attestant sa participation à un cours de perfectionnement et sa compétence en électrocardiographie,

b) qu'il ait adressé ce certificat au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

475650-475661

° Evaluation qualitative et audiovélocimétrique de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) par l'effet Doppler, examen bilatéral et à deux niveaux minimum, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et conclusion sur base de Dopplerogrammes standardisés K 15

La prestation n° 475650 - 475661 n'est pas cumulable avec la prestation n° 114015 - 114026.

La prestation n° 475650 - 475661 n'est pas cumulable avec les examens cardiovasculaires de l'article 17bis ou 17quater lorsqu'il s'agit de la même région examinée. »

2° au § 4,

1. la prestation désignée sous le numéro d'ordre 355773-355784 est abrogée;

2. dans le libellé de la prestation désignée sous le numéro d'ordre 355913-355924, les mots « et 355773-355784 » sont abrogés;

3° au § 5, le numéro d'ordre 355773-355784 est abrogé et les numéros d'ordre « 475075-475086 et 475650-475661 » sont insérés.

Art. 2. A l'article 14, a) (ndlr : chirurgie générale) de la même annexe, tel que modifié jusqu'à ce jour, dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation désignée sous le numéro d'ordre 221196-221200, les numéros d'ordre 472054-472065 et 472150-472161 sont abrogés.

Art. 3. A l'article 20, §§ 1er et 3 (ndlr : médecine interne) de la même annexe, tel que modifié jusqu'à ce jour, sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er,

1. au a), la prestation désignée sous le numéro d'ordre 470072-470083 est supprimée;

2. au c), les prestations désignées sous les numéros d'ordre 472054-472065, 472150-472161, 472511-472522 et 473476-473480 ainsi que la règle d'application qui suit la prestation désignée sous le numéro d'ordre 472511-472522 sont supprimées;

3. au e),

a) les prestations désignées sous les numéros d'ordre 475075-475086 et 475650-475661 ainsi que les deux règles d'application qui suivent la prestation désignée sous le numéro d'ordre 475650-475661, sont supprimées;

b) la règle d'application qui suit la prestation désignée sous le numéro d'ordre 476254-476265 est abrogée;

c) dans la règle d'application qui suit la prestation désignée sous le numéro d'ordre 476652-476663, les numéros d'ordre 475075-475086 et 475650-475661 sont supprimés.

2° le § 3 est supprimé.

Art. 4. A l'article 21, § 3, (ndlr : dermato-vénérologie) de la même annexe, tel que modifié jusqu'à ce jour, les mots « ; article 20, au littera e), sous le numéro 475650-475614 » sont supprimés.

Art. 5. A l'article 25, § 4, (ndlr : surveillance) de la même annexe, tel que modifié jusqu'à ce jour, les mots « , 475075-475086 et 477190-477201 » sont supprimés.

NOMENCLATURE : ARTICLES 14, a), 17, § 13, 20, § 1er, 24, § 2, et 25, § 4
(chirurgie générale, radiodiagnostic, médecine interne,
biologie clinique & surveillance des bénéficiaires hospitalisés)
(en vigueur à partir du 01.08.2010)

27 AVRIL 2010. - Arrêté royal modifiant les articles 14, a), 17, § 13, 20, § 1er, 24, § 2, et 25, § 4, 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 03.06.2010)

Article 1er. A l'article 14, a), (*ndlr : Chirurgie générale*) de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 221196-221200 », les numéros d'ordre « 472172-472183 », « 473550-473561 » et « 473572-473583 » sont supprimés.

Art. 2. A l'article 17, § 13, (*ndlr : Radiodiagnostic*) de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 7 juin 1991, les numéros d'ordre « 473550-473561 » et « 473572-473583 » sont supprimés de la liste des prestations.

Art. 3. A l'article 20, § 1er, (*ndlr : Médecine interne*) de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 décembre 2009, sont apportées les modifications suivantes :

1° au a),

1. la règle d'application qui suit la prestation désignée par le numéro d'ordre « 470422 » est remplacée comme suit :

« Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, les prestations 470400 et 470422 sont réservées aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie. » ;

2. la règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 470374-470385 » est remplacée comme suit :

« Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, les prestations 470433-470444 et 470374-470385 sont réservées aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, responsables d'un centre agréé de dialyse autorisé à pratiquer la dialyse à domicile. » ;

3. la règle d'application qui suit la prestation désignée par le numéro d'ordre « 470466 » est remplacée comme suit :

« Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, la prestation 470466 est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, dans un centre de dialyse agréé. » ;

4. la règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 470492-470503 » est remplacée comme suit :

« Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, la prestation 470492-470503 est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne, chirurgie, anesthésie-réanimation ou pédiatrie dans une unité de soins intensifs ou aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, dans un centre de dialyse agréé. » ;

5. la règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 470470-470481 » est remplacée comme suit :

« Jusqu'au 31 décembre 2011 inclus, la prestation 470470-470481 est réservée aux médecins spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie, responsables d'un centre de dialyse agréé. » ;

2° au b),

1. les prestations désignées par les numéros d'ordre « 471015-471026 », « 471030-471041 » et « 471413-471424 » sont abrogées;

2. dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 471855-471866 », les numéros d'ordre « 471015-471026 », « 471030-471041 » et « 471413-471424 » sont supprimés;

3° au c),

1. les prestations désignées par les numéros d'ordre « 472172-472183 », « 472194-472205 », « 472216-472220 », « 473550-473561 » et « 473572-473583 » sont abrogées;

2. la règle d'application qui suit la prestation abrogée désignée par les numéros d'ordre « 472216-472220 » est abrogée;

3. la règle d'application qui suit la prestation abrogée désignée par les numéros d'ordre « 473572-473583 » est remplacée comme suit :

« Les prestations 473395-473406 et 473535-473546 ne sont pas cumulables entre elles. » ;

4. dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 473911-473922 », les numéros d'ordre « 472194-472205 », « 472216-472220 », « 473550-473561 » et « 473572-473583 » sont supprimés;

4° au e),

1. la prestation désignée par les numéros d'ordre « 476615-476626 » est abrogée;

2. dans la règle d'application qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 476652-476663 », les numéros d'ordre « 476615-476626 » sont supprimés.

Art. 4. A l'article **24, § 2, (ndlr : Biologie clinique)** de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 31 août 1998, 21 mars 2000, 26 mars 2003 et 21 août 2008, dans la liste limitative qui suit la prestation désignée par les numéros d'ordre « 591135-591146 », le numéro d'ordre « 472172 » est supprimé de la liste des prestations.

Art. 5. A l'article **25, § 4, (ndlr : Surveillance des bénéficiaires hospitalisés)** de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 17 juillet 1992, 26 mars 2003 et 30 novembre 2003, les numéros d'ordre « 472194-472205 » sont supprimés de la liste des prestations.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge. Les dispositions de l'article 3, 1°, 1 à 5, cessent d'être en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

NOMENCLATURE : ARTICLES 17 et 17ter (radiodiagnostic)

(en vigueur à partir du 01.08.2010)

2 JUIN 2010. - Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1er, 7°, et 17ter, A, 7°, et B, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (M.B. du 28.06.2010)

Article 1er. A l'article 17, § 1er, 7°, 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, [...], la prestation et les règles d'applications suivantes sont insérées après la prestation 455711-455722 :

« 455895-455906

Examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (Dual Energy X-ray Absorptiometry : DXA) pour déterminer le T-score, calculé au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) et de la hanche (zone totale ou zone propre du col) N 72

L'examen est remboursé chez les patients suivants :

1° groupe 1 : femmes de plus de 65 ans ayant des antécédents familiaux d'ostéoporose à savoir une fracture de la hanche chez un membre de la famille au premier ou au deuxième degré;

2° groupe 2 : quel que soit l'âge ou le sexe si au moins un des facteurs de risque suivants est présent :

a) fracture low impact non oncologique de la colonne;

b) antécédents de fracture low impact périphérique à l'exclusion d'une fracture au niveau des doigts, des orteils, du crâne, de la face ou de la colonne vertébrale cervicale;

c) patients présentant une corticothérapie prescrite de plus de trois mois consécutive à un équivalent de > 7.5 mg prednisolone/jour;

d) patients oncologiques sous thérapie anti-hormonale ou en ménopause à la suite d'une thérapie oncologique;

e) patients atteints au moins d'une des affections à risque suivantes :

1° arthrite rhumatoïde;

2° hyperthyroïdie évolutive non traitée;

3° hyperprolactinémie;

4° hypogonadisme de longue durée (y compris orchidectomie thérapeutique ou traitement de longue durée par « gonadotrophine-releasing-hormone » (GnRH) analogue);

5° hypercalciurie rénale;

6° hyperparathyroïdie primaire;

7° osteogenesis imperfecta;

8° Maladie/Syndrome de Cushing;

9° anorexia nervosa avec Body Mass Index < 19 kg/m²;

10° ménopause précoce (< 45 ans).

L'examen peut être renouvelé après cinq ans, selon les mêmes règles d'application.

Le médecin demandeur communique dans tous les cas les variables de risque clinique suivantes au médecin exécutant, à savoir l'âge exact, le sexe, le poids, la taille, antécédents de fracture ou non, fractures de la hanche dans la famille jusqu'au second degré, tabagisme, utilisation de corticoïdes, arthrite rhumatoïde, ostéoporose secondaire et utilisation de plus de 3 unités d'alcool par jour.

Le médecin exécutant est autorisé par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire et satisfait à la législation du RGPRI (arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants).

Les résultats DXA sont exprimés sous forme de valeurs BMD standardisées.

Le médecin exécutant détermine, sur la base du résultat de l'ostéodensitométrie et des variables de risque clinique communiquées par le demandeur, un risque de fracture global à l'aide de l'algorithme FRAX.

FRAX est un algorithme développé par l'Organisation mondiale de la santé Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, situé à l'University of Sheffield Medical School, qui calcule une probabilité de 10 ans sur une fracture et l'exprime en pourcentage. »

Art. 2. A l'article 17ter, A, 7°, de la même annexe, [...], la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 466690-466701 :

« 466616-466620

Examen réalisé par la technique de l'absorptiométrie radiologique à double énergie (Dual Energy X-ray Absorptiometry : DXA) pour déterminer le T-score, calculé au niveau de la colonne lombaire (L1-L4 ou L2-L4) et de la hanche (zone totale ou zone propre du col) N 72

L'examen est remboursé chez les patients suivants :

1° groupe 1 : femmes de plus de 65 ans ayant des antécédents familiaux d'ostéoporose à savoir une fracture de la hanche chez un membre de la famille au premier ou au deuxième degré;

2° groupe 2 : quel que soit l'âge ou le sexe si au moins un des facteurs de risque suivants est présent :

a) fracture low impact non oncologique de la colonne;

b) antécédents de fracture low impact périphérique à l'exclusion d'une fracture au niveau des doigts, des orteils, du crâne, de la face ou de la colonne vertébrale cervicale;

c) patients présentant une corticothérapie prescrite de plus de trois mois consécutive à un équivalent de > 7.5 mg prednisolone/jour;

d) patients oncologiques sous thérapie anti-hormonale ou en ménopause à la suite d'une thérapie oncologique;

e) patients atteints au moins d'une des affections à risque suivantes :

1° arthrite rhumatoïde;

2° hyperthyroïdie évolutive non traitée;

3° hyperprolactinémie;

4° hypogonadisme de longue durée (y compris orchidectomie thérapeutique ou traitement de longue durée par « gonadotrophine-releasing-hormone » (GnRH) analogue);

5° hypercalciurie rénale;

6° hyperparathyroïdie primaire;

7° osteogenesis imperfecta;

8° Maladie/Syndrome de Cushing;

9° anorexia nervosa avec Body Mass Index < 19 kg/m²;

10° ménopause précoce (< 45 ans).

L'examen peut être renouvelé après cinq ans, selon les mêmes règles d'application.

Le médecin exécutant est autorisé par l'Agence fédérale de contrôle nucléaire et satisfait à la législation du RGPRI (arrêté royal du 20 juillet 2001 portant règlement général de la protection de la population, des travailleurs et de l'environnement contre le danger des rayonnements ionisants).

Les résultats DXA sont exprimés sous forme de valeurs BMD standardisées.

Le médecin exécutant détermine pour son patient, sur la base du résultat de l'ostéodensitométrie et des variables de risque clinique (à savoir l'âge exact, le sexe, le poids, la taille, antécédents de fractures ou non, fractures de la hanche dans la famille jusqu'au second degré, tabagisme, utilisation de corticoïdes, arthrite rhumatoïde, ostéoporose secondaire et utilisation de plus de 3 unités d'alcool par jour), un risque de fracture global à l'aide de l'algorithme FRAX.

FRAX est un algorithme développé par l'Organisation mondiale de la santé Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, situé à l'University of Sheffield Medical School, qui calcule une probabilité de 10 ans sur une fracture et l'exprime en pourcentage. »

Art. 3. L'article 17ter, B, de la même annexe, [...], est complété comme suit :

« r) 466616-466620 lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste soit en rhumatologie, soit en médecine nucléaire. »

NOMENCLATURE : ARTICLE 33bis
(examens génétiques)
(en vigueur à partir du 01.08.2010)

4 MAI 2010. - Arrêté royal modifiant l'article 33bis 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 07.06.2010)

Article 1er. A l'article 33bis 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° dans la prestation 588431-588442 les mots « (Maximum 5) (Règle diagnostique 1) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 5) »;

2° dans la prestation 588453-588464 les mots « (Maximum 3) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 6) »;

3° dans la prestation 588475-588486 les mots « (Maximum 2) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 7) »;

4° dans la prestation 588490-588501,

a) le libellé de la prestation est complété par les mots « ou de l'anémie réfractaire avec excès de blastes (AREB) »;

b) les mots « (Maximum 2) (Règle diagnostique 1) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 7) »;

5° dans la prestation 588512-588523 les mots « (Maximum 1) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 13) »;

6° dans la prestation 588534-588545 les mots « (Maximum 2) (Règle diagnostique 1) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 8) »;

7° dans la prestation 588556-588560 les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 1) Classe 35 » sont remplacées par les mots « (Règle diagnostique 1, 13) »;

8° dans la prestation 588571-588582 les mots « (Maximum 4) (Règle de cumul 1) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 9) »;

9° dans la prestation 588593- 588604 les mots « (Maximum 4) (Règle de cumul 1) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 9) »;

10° dans la prestation 588770-588781 les mots « (Maximum 2) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 10) »;

11° dans la prestation 588792-588803,

a) dans le libellé, les mots « par détection de répétition en tandem court de l'ADN » sont insérés entre les mots « génétiques » et « chez un donneur »;

b) les mots « Classe 31 » sont supprimés;

12° dans la prestation 588851-588862,

a) dans le libellé, les mots « par détection de répétition en tandem court de l'ADN » sont insérés entre les mots « génétiques » et « chez un receveur »;

b) les mots « Classe 31 » sont supprimés;

13° dans la prestation 588814-588825 les mots « (Maximum 1) (Règle de cumul 2) Classe 31 » sont remplacés par les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 11) »;

14° dans la prestation 588836-588840 les mots « (Maximum 2) (Règle de cumul 3) Classe 30 » sont remplacées par les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 12) »;

15° au § 5 sont apportées les modifications suivantes :

a) le 1° est remplacé par ce qui suit :

« 1° Les examens repris sous la rubrique A doivent être prescrits dans le cadre d'un programme de soins oncologiques reconnus. »;

b) le 2° est abrogé;

c) au 3°, les mots « endéans les 2 ans de la date d'entrée en vigueur de cet arrêté » sont remplacés par les mots « endéans les deux ans de la date d'entrée en vigueur de la prestation effectuée »;

d) le 5° est remplacé par ce qui suit :

« 5° Le laboratoire s'engage à se soumettre aux contrôles réalisés par l'institut scientifique de Santé publique (ISP) à partir du 1er août 2007 »;

e) au 6°, les mots « de 2 ans » sont supprimés;

16° la rubrique « Règles de cumul » est abrogée;

17° dans la rubrique « Règles diagnostiques » les modifications suivant sont apportées :

a) au point 1,

1) les numéros d'ordre « 588453-588464, 588475-588486, » sont insérées après les numéros d'ordre « 588431-588442, »;

2) les numéros d'ordre « 588512-588523, » sont insérés après les numéros d'ordre « 588490-588501, »;

3) les mots « 2 ans » sont remplacés par les mots « la première année de follow-up »;

b) les règles diagnostique suivantes sont insérées :

« 5. La prestation 588431-588442 peut être portée en compte 5 fois maximum par phase d'investigation diagnostique.

6. La prestation 588453-588464 peut être portée en compte 3 fois maximum par phase d'investigation diagnostique.

7. Les prestations 588475-588486 et 588490-588501 peuvent être portées en compte 2 fois maximum par phase d'investigation diagnostique et par tissu examiné.

8. La prestation 588534-588545 peut être portée en compte maximum 2 fois par phase d'investigation diagnostique.

9. Les prestations 588571-588582 et 588593-588604 peuvent être portées en compte 4 fois maximum par année de follow-up.

10. La prestation 588770-588781 peut être portée en compte 2 fois maximum par année de follow-up.

11. La prestation 588814-588825 peut être portée en compte à l'A.M.I. 6 fois au maximum durant la première année de follow-up après transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques et ensuite au maximum 4 fois par an jusqu'à cinq ans après la transplantation.

12. La prestation 588836-588840 peut être portée en compte à l'A.M.I. maximum 1 fois par procédure d'aphérèse de cellules souches autologues.

13. Les prestations 588512-588523 et 588556-588560 ne peuvent être portées en compte qu'une fois maximum par phase d'investigation diagnostique. »

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 9 a) (accouchements) : A.R. du 19.05.2010 (M.B. du 28.05.2010 – p. 32399)

Articles 35 et 35bis (neurochirurgie et oto-rhino-laryngologie) : A.R. du 13.06.2010 (M.B. du 28.06.2010 – p. 39731)

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

MODIFICATION DE REGLES INTERPRETATIVES ARTICLES 5 ET 6 (Soins dentaires)

CONSULTATIONS

La règle interprétative 1 est remplacée par les dispositions suivantes :

REGLE INTERPRETATIVE 01 (3) (en vigueur depuis le 01.09.2007) (M.B. du 29.04.2010 + erratum M.B. du 11.06.2010 p. 36980)

QUESTION

L'intervention de l'assurance peut-elle être accordée pour les prestations 371011-371022, 301011-301022, 371092-371103, 301092-301103, 371114-371125 et 301114-301125 lorsqu'elles figurent avec un traitement

sur l'attestation de soins donnés ?

REPONSE

Oui, mais en vertu des dispositions de l'article 6, § 1er, de la nomenclature, les honoraires pour les soins dentaires visés à l'article 5 couvrent toutes les prestations qui sont effectuées du début à la fin du traitement.

Donc, si le bénéficiaire est obligé de consulter le praticien de l'art dentaire pour une affection qui n'a pas de rapport avec le traitement en cours et qui ne fait pas partie du programme de traitement établi, l'intervention de l'assurance peut être octroyée. Par contre, si le bénéficiaire consulte le praticien de l'art dentaire pour une raison qui s'inscrit dans le cadre du traitement, cette consultation ne peut pas être attestée.

APERÇU PRIX

	MONTANT	DATE LIMITE DES CANDIDATURES
Prix Oswald Vander Veken "tumeurs de l'appareil locomoteur" 2011	25.000 €	1er octobre 2010
Prix InBev-Baillet Latour pour la Recherche clinique - 2011	75.000 €	1er novembre 2010

Informations : www.frs-fnrs.be

REUNION SCIENTIFIQUE

**Colloque "Justice et Dommage corporel – panorama du handicap en 2010
au travers des divers systèmes d'aide et de réparation"
Charleroi – le 25 septembre 2010**

Le programme détaillé ainsi que toutes les modalités d'inscription sont disponibles sur le site <http://www.ulb.ac.be/medecine/cmlc/jdc.htm>.

ANNONCES

- 10068 **A VENDRE** : Ostéodensitomètre NORLAND ECLIPSE complet et en excellent état. Tél. 0476/89.64.00 entre 19 h et 21 h en semaine.
- 10073 **FRANCE : CARDIOLOGUE** dans cabinet de groupe cherche successeur sud France, arrière-pays Languedoc-Roussillon. Activité libérale cabinet + clinique avec secteur hospitalisation médicale. Toutes techniques non invasives, plus pose pacemaker. Tél. 00.33.4.66.32.35.54 (soirée), 00.33.4.66.32.20.77 (travail), bernard.laugaudin@wanadoo.fr
- 10079 **MARCHE/BASTOGNE** : VIVALIA-IFAC (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche **ENDOCRINO-DIABETOLOGUE**, temps plein. Centre conventionné autocontrôle du diabète (600 patients). Convention pied diabétique de 3^e ligne (55 patients). Envoyer candidature au Dr Ph. DELEUSE, Directeur médical, I.F.A.C., rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne - deleuse.philippe@ifac.be
- 10083 **CHR VAL DE SAMBRE (PROV. NAMUR - 330 lits aigus)** engage **ONCOLOGUE** temps plein, Adjoint au Service de Médecine Interne à partir du 01.08.2010. Envoyer CV ou pour obtenir renseignements : 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
- 10084 **CHR VAL DE SAMBRE (PROV. NAMUR - 330 lits aigus)** engage **GASTROENTEROLOGUE** temps partiel, Adjoint au Service de Médecine Interne, à partir du 01.07.2010. Envoyer CV ou pour obtenir renseignements : 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
- 10085 **A CEDER** : Pour cause de départ à la retraite en septembre 2010, un **CHIRURGIEN PLASTIQUE** souhaiterait céder sa patientèle et son matériel à un jeune confrère. Joignable tous les jours sur son GSM au 0475/25.51.15 ou lors de ses consultations, avenue Neptune n° 28, 1190 Bruxelles, tél. 02/343.04.53.
- 10086 **OTTIGNIES** : L'A.S.B.L. Clinique Saint-Pierre à 1340 Ottignies (Brabant Wallon) engage un **MÉDECIN INTERNISTE GÉNÉRAL** (h/f) pour le service de Médecine Interne Générale. Renseignements : Docteur J.F. VANDERIJST, Chef du Service de Médecine Interne Générale (VANDERIJST@clinique-saint-pierre.be). Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae détaillé et d'une photo récente, sont à adresser au Docteur Ph. PIERRE, Coordonnateur Général et Directeur Médical, Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola 9 à 1340 OTTIGNIES.
- 10087 **OTTIGNIES** : L'A.S.B.L. Clinique Saint-Pierre à 1340 Ottignies (Brabant Wallon) engage un **PSYCHIATRE** (h/f) pour la **PSYCHIATRIE ADULTE**. Conditions : contrat à durée indéterminée, horaire : 8/10^{es}, entrée en fonction : immédiate. Le candidat aura une activité répartie entre la consultation, les urgences, les avis intra-muros, l'Unité d'hospitalisation et sera formé ou prêt à se former à l'électrophysiologie. Renseignements : Docteur Benoît GILLAIN, Chef du Service de Psychiatrie (be.gillain@clinique-saint-pierre.be). Les candidatures, accompagnées

- d'un curriculum vitae détaillé et d'une photo récente, sont à adresser au Docteur Ph. PIERRE, Coordonnateur Général et Directeur Médical, Clinique Saint-Pierre, Avenue Reine Fabiola 9 à 1340 OTTIGNIES.
- 10088 **BRUXELLES - WATERMAEL-BOITSFORT** : groupement médical de 12 spécialistes avec service de laboratoire recherche un(e) **RADIOLOGUE** pour reprendre le service de radiologie - fin de carrière - avec nombreux patients et fidèles. Possibilité de travailler immédiatement et de différer le premier loyer à payer. Contacter le secrétariat tous les jours ouvrables de 8 h à 18 h : 02/660.38.72 ou 02/660.10.46.
- 10089 **CHARLEROI** : Le Service de Neurochirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi recrute un **NEUROCHIRURGIEN** (M/F) pour renforcer une équipe en plein développement. Nombreuses possibilités de développement personnel et de collaborations multidisciplinaires dans un environnement technologique de pointe. Des compétences en neurochirurgie fonctionnelle ou pédiatrique sont appréciées. Pour plus de renseignements, contacter le Dr Chaskis, Chef de service, Secrétariat de Neurochirurgie (Madame Duchêne), Boulevard Paul Janson 92, 6000 Charleroi. Tél. : 071/92.23.63. Courriel : cristo.chaskis@chu-charleroi.be ou marinette.duchene@chu-charleroi.be.
- 10091 **LA LOUVIERE** : important cabinet privé de **PEDIATRIE** (plus de 5.000 consultations par an) à remettre. Contact docteur Lebacq 064/23.90.00.
- 10092 **A VENDRE** : Table d'examen médical, état neuf, 1 m 40, allonge de 45 cm, largeur 70 cm, hauteur 83 cm. Dossier relevable, dispositif gynéco, 2 tiroirs de face, 2 tiroirs latéraux. Porte rouleau papier, prise de courant, câble d'alimentation, marchepied. Prix demandé 1.250 €. Photos sur demande : jacques.hermans@swing.be GSM : 0479/96.93.92 - 0478/57.11.68.
- 10093 **OTTIGNIES** : L'A.S.B.L. Clinique Saint-Pierre à 1340 Ottignies (Brabant wallon) engage un **MÉDECIN DE MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION** (h/f), temps plein (min. 8/10^e) pour le service de Médecine physique, Rhumatologie et Réadaptation. Renseignements : Dr J. Hugé, chef de service MPRR, ja.huge@clinique-saint-pierre.be, tél. : 010/43.73.20. Les candidatures avec curriculum vitae sont à adresser au Docteur P. Pierre, coordonnateur général : Cl. St-Pierre 9, av. Reine Fabiola, 1340 Ottignies.
- 10094 **SECRETARE MEDICALE** : offre d'emploi mi-temps à plein temps selon convenance. Accueil, prise de rendez-vous, dactylographie, gestion, administration. **CENTRE PRIVÉ DE RADIOLOGIE** à proximité CEE. Contact : 0477/83.28.76.
- 10095 **SOIGNIES** : CHR Haute Senne Soignies recrute **MÉDECIN PSYCHIATRE**, TP. Envoyer candidature : alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. 067/348.789.
- 10097 **G.-D. DE LUXEMBOURG** : Le Centre Hospitalier de Luxembourg, hôpital de 600 lits avec mission d'enseignement et de recherche, recrute un **MEDECIN SPECIALISTE EN CHIRURGIE VASCULAIRE (ET THORACIQUE)** (m/f). Atout : expérience en transplantation / prélèvements d'organes. Plus d'informations sous www.chl.lu. Candidature à envoyer à direction.medicale@chl.lu.

Table des matières

• Mémoire du G.B.S. aux négociateurs en vue de la formation d'un nouveau gouvernement (18.06.2010)	1
• Le MANAMA en Communauté flamande – Le Diplôme d'études supérieures spécialisées en Communauté française – facultatif ou obligatoire ?	2
• Opinion : "De moins en moins" (publié dans « Les spécialistes » du 29.06.2010).....	3
• Nomenclature : articles 11, 14, 20, 21 et 25 (prestations spéciales générales, chirurgie générale, médecine interne, dermato-vénéréologie et surveillance)	4
• Nomenclature : articles 14, a), 17, § 13, 20, § 1er, 24, § 2, et 25, § 4 (chirurgie générale, radiodiagnostic, médecine interne, biologie clinique & surveillance des bénéficiaires hospitalisés)	6
• Nomenclature : articles 17 et 17ter (radiodiagnostic)	7
• Nomenclature : article 33bis (examens génétiques)	9
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	10
• Modification de règles interprétatives : articles 5 et 6 (soins dentaires)	10
• Aperçu prix	11
• Réunion scientifique	11
• Annonces	11