
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° 3 / MAI 2006

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

COMMUNIQUE DE PRESSE DU GBS (28.04.2006)

EUTHANASIE : EXTENSION DE LA LOI

L'euthanasie est l'acte qui met délibérément fin à la vie d'un patient.

La loi sur l'euthanasie définit les règles par lesquelles un médecin peut appliquer l'euthanasie à une personne sans risque de poursuites pénales et à la seule demande de celle-ci.

Les médecins avaient exprimé leur réserve voire leur opposition à la nécessité de légiférer en la matière. Malgré cela, le législateur a, en date du 28 mai 2002, modifié les dispositions légales en édictant la loi relative à l'euthanasie.

Les nouveaux projets de modification de cette loi vont plus loin encore. Ils étendent les possibilités d'euthanasie aux patients inconscients en remettant dans les mains de tierces personnes la décision sur la vie ou la mort de ce patient.

Dans cette perspective, la pratique médicale ne répond plus qu'à des dispositions légales et ne respecte plus l'éthique propre à la relation spécifique entre le médecin et son patient.

Les médecins spécialistes réitèrent leur opposition à de telles mesures législatives.

Dr M. MOENS
Secrétaire général

Dr J.L. DEMEERE
Président

STATUT SOCIAL INAMI 2005 ET ASSURANCES

Les montants de l'intervention de l'INAMI pour l'année 2005 sont parus au Moniteur le 31/03/2006.

Pour les médecins totalement conventionnés, l'intervention se monte à **3.094,03** euros.

Pour les médecins partiellement conventionnés, elle s'élève à **1.831,87** euros.

Quels contrats d'assurance cette intervention permet-elle de financer ?

1. Une police **Revenu garanti**, destinée à compenser une perte de revenus
2. Une assurance « **pension** », pour compléter la pension légale

3. Une formule combinant les deux garanties (**pension et invalidité**)

Comment obtenir l'intervention INAMI ?

L'intervention doit être demandée au moyen d'un formulaire indiquant les horaires de travail prestés dans le cadre de la convention. Ce document doit parvenir à l'INAMI **dans les 3 mois** qui suivent la parution des montants au Moniteur belge, soit avant le **30 juin 2006**.

Par la suite, l'INAMI transmet au médecin un « formulaire vert » ou « bleu », selon qu'il soit conventionné total ou partiel. Ce formulaire doit être retourné dûment complété par le médecin et par l'organisme assureur dans les 12 mois de la parution au Moniteur, soit **avant le 31 mars 2007**.

Pratiquement !

Que vous optiez pour un revenu garanti du GBS à des conditions défilant toute concurrence, ou pour une formule « pension », voire mixte, vous bénéficierez auprès de notre courtier partenaire, Gras Savoye Belgium, de toute l'**aide** et de l'**expertise** indispensables en cette matière ainsi que de **conditions de faveur**. Et si vous êtes déjà servi, *rien ne vous empêche de faire jouer la concurrence !*

N'hésitez dès lors pas à contacter

Philippe BEX
0478/33.56.54.

philippe.bex@grassavoye.be

ACTIVITY BASED COSTING ET FINANCEMENT DES NOUVELLES TECHNIQUES MÉDICALES – P. LECLERCQ

**ALLOCUTION PRONONCÉE DANS LE CADRE DU SYMPOSIUM DU GBS
" FINANCEMENT DES SOINS DE SANTÉ"
BIBLIOTHÈQUE ROYALE DE BELGIQUE – 04.02.2006**

Cet exposé a été présenté l'année dernière à l'Association Belge des Hôpitaux. L'Activity Based Costing (ou ABC) est à la mode dans les entreprises industrielles. Beaucoup de décideurs gestionnaires ou politiques pensent que les institutions de soins doivent être régies par l'économie d'entreprise. Faut-il donc s'appuyer sur l'ABC pour calculer des coûts par pathologie (et donc des tarifs forfaitaires) ou pour établir le ratio coût-efficacité de nouvelles techniques médicales?

Il s'agit d'une matière technique, à priori, peu attrayante pour des médecins. L'expérience montre que ceux-ci ont intérêt à dialoguer avec les techniciens de la gestion sans toutefois permettre à ces derniers de leur opposer un jargon hermétique. Trente minutes d'exposé pourront peut-être contribuer à démystifier ce qui n'est peut-être qu'un nouveau gadget de financiers.

L'exposé sera divisé en deux parties. Dans un premier temps, on rappellera l'intérêt mais aussi les limites de la comptabilité basée sur les activités (ABC). La seconde partie de l'exposé abordera la place qui peut-être dévolue à l'ABC dans le cadre de l'évaluation des nouvelles technologies médicales.

ABC: une nouvelle technique d'analyse des coûts ou un retour aux sources de la comptabilité analytique

1. Origine et objectifs¹

Proposée dans les années 80 aux Etats-Unis, cette technique comptable visait à doter les entreprises d'un outil de gestion adapté à l'évolution du contexte industriel et commercial de l'époque. La concurrence ne se jouait plus sur le seul plan des prix des produits mais prenait de plus en plus en compte la qualité et du respect des délais. Simultanément, le raccourcissement du cycle de vie des produits, conséquence d'une innovation toujours plus dynamique, forçait les entreprises à adapter de manière permanente leurs processus de production et de distribution. Enfin l'automatisation et la robotisation modifiaient progressivement le rapport charges directes / charges indirectes en renforçant le poids de ces dernières. La répartition, jusqu'alors assez arbitraire, des charges indirectes ne pouvait plus satisfaire des gestionnaires soucieux par ailleurs d'agir à tous les niveaux des chaînes de productions pour optimiser celles-ci. Le temps était venu pour des auteurs comme Cooper² et Kaplan³ d'assurer la promotion d'un nouveau produit comptable: l'Activity Based Costing.

Comme la comptabilité analytique traditionnelle, l'ABC est une comptabilité en coût complet. La comptabilité analytique alloue les coûts à des services et procède à de multiples réallocations entre ces entités avant d'imputer finalement ces coûts aux produits. En mettant l'accent sur les activités et sur les articulations de ces dernières dans le processus de production, l'ABC introduit une notion de transversalité qui est censée contribuer à la transparence des mécanismes de production.

2. Méthode⁴

L'imputation directe aux produits (objets de coût) de toutes les charges qui peuvent l'être reste la règle dans l'ABC. Par contre l'allocation des charges indirectes s'effectue selon une technique différente. L'ABC considère en effet que les produits consomment des activités et que ce sont ces dernières qui consomment les ressources. Un soin particulier sera donc apporté à l'identification de ces activités qui jouent un rôle central dans la mécanique de l'ABC.

Les inducteurs de coût sont l'autre composante importante de l'ABC. Un inducteur de coût est un facteur dont la survenance crée ou influence le coût et reflète la consommation des ressources par les activités et la consommation des activités par les produits⁵.

A côté de cette conception classique d'un ABC permettant une répartition plus appropriée des frais indirects, certains⁶ pensent que "même si tous les coûts étaient directs, il serait encore souhaitable d'identifier les activités puisque l'aspect le plus important est de comprendre pourquoi les coûts existent pour être en mesure de mieux les maîtriser".

¹ Vlasselaer M., Du contrôle de gestion au pilotage d'entreprise. La performance des activités et des processus de gestion comme avantage concurrentiel, 1995, Academia, Bruxelles

² Cooper R., the Rise of Activity Based Costing (Part 1): What is an Activity based costing System?, Journal of Cost Management, Sommer 1998, pp. 6-11

³ Kaplan R.S., In Defense of Activity Based Cost Management, Management Accounting, November 1002, pp 58-63

⁴ voir notamment Leclère D., l'essentiel de la comptabilité analytique, 2001, Ed organisation, Paris

⁵ Upda S., Activity Based Costing for Hospitals, Health Care management Rev, 1996, 21 (3), p 64

⁶ Saelens G., Azoury E. et coll., L'Activity Based costing: essai d'application aux Cliniques Universitaires St Luc, CIMM 2003

3. Utilisation à l'hôpital

L'outil ABC a été conçu avec un objectif précis: améliorer la performance en permettant au gestionnaire de mieux apprécier l'enchaînement de ses décisions sur les coûts et sur les résultats. On doit garder à l'esprit qu'une utilisation conforme à cette finalité est la meilleure manière de rentabiliser l'implantation d'une technique assez lourde à mettre en œuvre.

Si l'on en juge par les revues de la littérature, lorsque l'ABC est utilisé dans les institutions hospitalières, c'est essentiellement pour effectuer des calculs de coûts plus précis. Dans de nombreuses publications, c'est la mise en œuvre de la méthode qui occupe l'essentiel de l'article. Les résultats se limitent souvent à une décomposition des coûts qui a un intérêt descriptif et qui pourrait être utile dans le cadre de comparaisons malheureusement très difficiles à trouver. Quelques trop rares travaux font apparaître une réduction sensible de l'allocation des coûts indirects dans les secteurs où ces coûts ont été imputés via l'ABC par comparaison avec les imputations traditionnelles préexistantes. Certains fondent de grands espoirs sur cette méthode dans le cadre du calcul des coûts des séjours hospitaliers qui sont à la base des coûts des pathologies. Dans une optique d'une évolution du financement vers des forfaits basés sur les pathologies, il est vital pour les hôpitaux de connaître de manière précise leurs coûts réels. De leur côté, les autorités publiques qui doivent fixer les tarifs doivent disposer d'une information suffisamment élaborée pour maintenir une certaine cohérence entre les forfaits et les coûts réels de prise en charge des patients dans des conditions qualitatives acceptables.

Peu d'articles publiés font état de modifications effectives au niveau de l'organisation des activités et de leur coordination en vue d'augmenter la performance des services suite à une étude ABC. Lorsque tel est le cas, on constate que les décisions semblent très modestes par rapport à l'ampleur des travaux d'analyse qu'implique une étude ABC. Le plus souvent, il faut noter que les publications se terminent par des suggestions assez vagues et non par des recommandations précises et chiffrées. On peut cependant espérer que les hôpitaux n'en sont qu'à une étape exploratoire et qu'une meilleure appropriation de l'outil par les hôpitaux sera constatée dans un proche avenir.

4. Difficultés liées à l'implantation de l'ABC

Les expériences pratiques, notamment dans le secteur des institutions de soins, mettent en évidence au moins deux obstacles majeurs à une implantation généralisée de l'ABC:

- en premier lieu, il faut souligner la grande complexité des processus hospitaliers et la diversité des objets de coûts. L'identification des activités se complique très rapidement lorsqu'il faut affronter la réalité du terrain. On découvre rapidement que, dans la plupart des services médicalisés, il est nécessaire de travailler au niveau d'un éventail très large de sous activités et que certains processus peuvent s'enchaîner selon de multiples combinaisons souvent d'ailleurs aléatoires (la bactériologie fournit une bonne illustration de cette première difficulté).

- un second frein à une extension de la méthodologie au sein des hôpitaux tient dans le fait qu'en raison d'une informatisation encore très parcellaire des activités, la collecte et le traitement de l'information impose une surcharge de travail administratif non négligeable et repose en grande partie sur la collaboration de personnel généralement déjà surchargé (en particulier en Belgique dans les hôpitaux généraux). Il faut ajouter que l'expérience acquise dans un service n'est par définition que très partiellement transposable dans un autre soit-il du même type. De plus, périodiquement, il faudra envisager une actualisation des calculs afin de maintenir un intérêt aux coûts des activités et des objets de coûts. Bien entendu, ces travaux sont d'autant plus fastidieux qu'ils ne bénéficient plus du même

stimulant intellectuel qui accompagne généralement la première expérience. La plupart des acteurs qui ont participé à une étude d'ABC ne manifestent qu'un enthousiasme modéré à la perspective de recommencer leurs travaux. Les publications comparant des résultats d'études ABC à des périodes successives sont quasi inexistantes.

5. Bilan

En déclarant que l'ABC constitue un retour aux sources de la comptabilité analytique plutôt qu'une révolution⁷, certains gestionnaires ont probablement raison. Ils soulignent que la comptabilité analytique traditionnelle a surtout été victime de la méconnaissance de ses potentialités et de la paresse de ceux qui devaient la mettre en œuvre en l'adaptant aux spécificités de l'entreprise. Une bonne comptabilité analytique, faisant une application intelligente du concept des sections homogènes peut parfaitement rencontrer toutes les critiques soulevées par les promoteurs de l'ABC à l'encontre de la comptabilité analytique classique.

L'avantage principal de l'ABC réside dans l'efficacité (théorique) d'un message qui met l'accent sur la place centrale des activités dans le processus de production et sur la relation causale entre la consommation des ressources induite par les activités (via les inducteurs de coûts).

Les désavantages (lourdeur et coût de la mise en œuvre) ont été soulignés dans le paragraphe précédent.

Apport de l'ABC dans le cadre de l'évaluation des nouvelles technologies médicales

1. Evaluation économique et décision d'adopter une nouvelle technologie dans le domaine médical

1.1. Technologies médicales et innovation technologiques

En moins de trente ans, l'hôpital est devenu une véritable usine à fournir des soins. Cette évolution résulte notamment de la concentration d'un grand nombre de techniques utilisant des instruments toujours plus sophistiqués, des médicaments toujours plus diversifiés ou des méthodes de soins novatrices (par exemple des protocoles pour la prévention des escarres). Par technologie médicale, on peut également entendre les systèmes de supports évolués qui contribuent à l'organisation et à l'échange de l'information médicale.

L'innovation technologique dans le domaine de la santé a toujours existé car elle est liée au progrès de la médecine. Son explosion au cours des dernières décennies est un phénomène bien connu qui résulte d'une demande forte pour l'innovation de la part des prestataires et des patients ainsi que d'une compétition entre structures de soins impliquant une course où l'acquisition de techniques de pointe est un enjeu stratégique. Face à cette demande forte, les fournisseurs ont développé une offre abondante et travaillent le marché des prestataires selon des méthodes de marketing souvent agressives⁸.

Les effets de cette irruption massive des technologies nouvelles dans le domaine médical sont multiples: modification des comportements des praticiens et de l'organisation des

⁷ Leclère D., op. cit., p.78

⁸ Hermesse J; van den Oever R., La technologie médicale in La Mutualité aujourd'hui et demain, Duculot, Paris-Louvain-la-Neuve, 1991

institutions, déplacement des responsabilités, problèmes éthiques et bien entendu problèmes financiers.

1.2. Nécessité d'une évaluation

A priori, la qualité et la sécurité des soins ainsi que la viabilité économique d'un système de santé basé sur une solidarité nationale ou régionale imposent un examen méthodique de la valeur des technologies médicales afin de fournir aux décideurs les arguments pour fonder des choix pertinents. Outre une évaluation purement médicale, à réaliser selon une méthodologie appropriée⁹, une appréciation médico-économique devrait aider les décideurs à sélectionner les technologies médicales sur base d'une évidence scientifique.

1.3. Difficulté de l'évaluation

Pour opérer un choix judicieux parmi l'offre des techniques disponibles, il faudrait disposer, de manière prospective, des résultats prévisibles sur les plans cliniques économiques et sociaux.

Il faut cependant admettre que l'apport de l'économie de la santé concernant l'évaluation est relativement faible¹⁰. Trois raisons sont à la base de ce constat: (1) la spécificité des outputs de santé les rend difficilement mesurables et comparables, (2) les données épidémiologiques sont encore trop souvent insuffisantes et (3) il est difficile d'estimer, à priori, l'ampleur avec laquelle une nouvelle technique médicale sera adoptée et comment elle s'intégrera avec les techniques déjà en place.

1.4. Evaluation et décideurs

Chacun s'accorde à admettre le bien fondé et la nécessité d'une évaluation des nouvelles techniques proposées. Au delà de ce consensus de façade, les intérêts divergents ainsi que la différence entre perception de l'intérêt collectif et de l'intérêt individuel contribuent à s'interroger sur la réelle importance de l'évaluation scientifique préalable dans le processus de décision. De nombreux planificateurs de la santé posent à ce sujet un regard désabusé fondé sur une expérience répétée: *"les introductions de nouvelles technologies ne sont jamais décidées sur la base du bénéfice pour le client mais sur celle du bénéfice pour les fournisseurs dont notamment le fournisseur intermédiaire qu'est l'hôpital et le fournisseur détaillant qu'en le médecin", "les bénéfices sont souvent surestimés", l'industrie dispose de techniques de marketing très raffinées contrastant avec une certaine naïveté du monde clinique (et académique), "Périodiquement la politique impose une décision, à un moment qui n'est pas nécessairement le plus optimal pour l'intérêt du processus de planification" (J.A. Bury).* Tout cela conduit un économiste de la santé aussi averti que de Pourvoirville à poser, sous forme de boutade, une question centrale: *"les décideurs ont-ils réellement besoin d'évaluations?"*

L'apport de l'ABC dans le cadre de l'évaluation des nouvelles technologies médicales devait donc d'abord être replacé dans ce contexte plus général. Avant de se focaliser sur une méthode de calcul de coût (l'ABC) qui n'est qu'une contribution à l'évaluation, il fallait rappeler combien cette dernière est encore balbutiante.

⁹ van den Oever R., Evaluation de la technologie médicale in Aspects Socio-économiques des soins de Santé en Belgique, 1998, IBES, Bruxelles

¹⁰ Claveranne JP, L'innovation technologique entre intéressement et traduction in Hôpital et Innovation Technologique, 2004, Ed Medica

2. L'ABC est-il susceptible de jouer un rôle important dans les méthodes d'évaluation économiques des nouvelles technologies médicales?

Chacun sait que les méthodes d'évaluation sont classiquement classifiées sous les dénominations d'études de minimisation des coûts, de coût - efficacité, de coût - bénéfice et de coût - utilité¹¹. On retrouve donc toujours dans au moins un des deux termes du rapport, la notion de coût.

Les spécialistes des méthodologies du calcul des coûts classent souvent les questions à examiner en trois grands groupes:

(1) Quels coûts faut-il considérer? (par exemple, les coûts pertinents peuvent varier selon le point de vue de l'analyse)

(2) Comment estimer les coûts? Parmi les nombreux problèmes qui doivent être examinés on citera pêle-mêle: la prise en compte du temps (horizon temporel et concept d'actualisation), la prise en compte du risque (analyse de sensibilité), les problèmes spécifiques posés par les investissements et leur corollaire les amortissements et les problèmes spécifiques posés par les *frais généraux*.

(3) Comment utiliser les coûts? L'intérêt de la distinction entre coûts fixes et coûts variables est régulièrement rappelé. L'importance du concept de coût marginal, pourtant capitale dans l'évaluation économique¹², est souvent marginalisée dans de nombreuses études qui ne font état que de coûts moyens.

D'un point de vue méthodologique, l'apport de l'ABC se situe plus précisément dans le cadre de l'amélioration du traitement des *frais généraux*. Drummond qui est le spécialiste incontesté de l'évaluation médico-économique consacre un chapitre de 40 pages à l'analyse de coûts sur un livre de 300 pages. Il aborde en 12 lignes la question de l'ABC dont il dit qu'il existe aujourd'hui une littérature abondante sur son utilisation dans les hôpitaux¹³. Ce constat ne témoigne pas de l'importance qui serait reconnue par Drummond à l'ABC en matière d'évaluation. Cette autre spécialiste des études économiques qu'est Kesteloot aborde en 11 lignes la question de l'ABC sur les 15 pages d'un article de fond consacré à la méthodologie du calcul des coûts¹⁴. Il est vrai que cet auteur a ultérieurement eu recours à cette méthode et semble porter un jugement favorable sur les apports de la technique pour évaluer de manière précise les coûts engendrés par la mise en œuvre d'une technique médicale¹⁵.

Dans la pratique, on trouve encore bien peu de travaux publiés mettant en évidence le rôle central qu'aurait joué l'ABC dans le cadre d'une procédure d'évaluation d'une nouvelle technologie médicale.

Au terme de cette brève synthèse, on pourrait conclure qu'il ne faut pas surestimer le rôle que l'ABC est susceptible de jouer dans les méthodes d'évaluation économique des nouvelles technologies médicales.

¹¹ Drummond F et coll., Méthodes d'Evaluation Economique des Programmes de Santé, 1997, Economica, Paris

¹² Eeckhoudt L., Crott R., Méthodologie des études d'évaluation des technologies médicales in Aspects Socio-économiques des soins de Santé en Belgique, 1998, IBES, Bruxelles

¹³ Drummond F., op.cit., p.73

¹⁴ Kesteloot K., Méthodologie des études de coût in Aspects Socio-économiques des soins de Santé en Belgique, 1998, IBES, Bruxelles

¹⁵ Lievens Y., van den Bogaert W., Kesteloot K., Activity-based costing: a practical model for cost calculation in radiotherapy, International Journal of Radiation Oncology*Biophysics, volume 52, issue 2, October 2003, pp. 522-535

Bien entendu, dans la mesure où l'ABC contribue à améliorer la précision du calcul des coûts et à présenter une segmentation utile de ceux-ci, son apport doit être jugé positivement. Mais le coût même de la méthode doit être mis, objectivement, en balance avec son apport réel dans le processus d'évaluation.

En tout état de cause, il serait imprudent d'oublier qu'une bonne évaluation médico-économique repose sur des méthodologies rigoureuses qui impliquent la prise en compte de nombreux paramètres. Les décideurs seront probablement plus sensibles à l'apparente simplicité du concept de l'ABC qu'aux enseignements, à tout prendre, un peu plus ingrats des coûts marginaux ou des analyses de sensibilité.

Il faut donc encourager "raisonnablement" les recours à l'ABC tout en ne négligeant pas de se rappeler qu'il ne s'agit à tout prendre que d'une pièce assez secondaire dans le cadre des évaluations conduisant au choix ou au rejet d'une nouvelle technologie médicale.

Prof. P. Leclercq, Directeur du Département d'Economie de la Santé (DESULB), CP 592 Campus Erasme, Bucopa Rte de Lennik 808 1070 Bruxelles, Tél: +3225554034; Fax: +3225558232, Mail service: ecosante@sante-publique.net

A.R. DU 1.5.2006 : MEDECINS 000 ET 009

1er MAI 2006. - Arrêté royal modifiant les dispositions de l'article 2, A et D, 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 9.5.2006 – p. 23899)

Article 1er. A l'article 2, A et D, sont apportées les adaptations suivantes :

1° Au A,

Dans la règle d'application qui suit la prestation 101010, les mots « jusqu'au 31.12.2004 » sont supprimés.

2° Au D,

a) Les dispositions du point a) sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Dans cette nomenclature des prestations de santé est défini comme médecin, le médecin qui est inscrit à l'Ordre des médecins (et inscrit comme tel à l'INAMI) après le 31 décembre 2004 et qui exerce une activité médicale autre que celle exercée par le médecin de médecine générale, ou le médecin généraliste agréé, ou le médecin spécialiste (tel que repris à la liste de l'article 10, § 1er de l'arrêté royal du 22 juillet 1988) ou le médecin stagiaire. Ce médecin a uniquement le droit de rédiger des prescriptions de produits pharmaceutiques après la date du 31 décembre 2004. »

b) Entre le point a) et l'actuel point b), qui devient le point c), est inséré un point b) libellé comme suit :

« Dans cette nomenclature des prestations de santé est défini comme médecin, le médecin qui est inscrit à l'Ordre des médecins avant le 31 décembre 2004, et qui exerçait la médecine sans être porteur d'un certificat de formation complémentaire délivré par le Ministre de la Santé publique et dont la situation n'est pas réglée par une des dispositions de l'arrêté ministériel du 3 mai 1999 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes. Ce médecin conserve uniquement le droit d'attester des consultations et de faire des prescriptions après la date du 31 décembre 2004. »

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 (*c'est-à-dire le 01.07.2006*).

NOMENCLATURE : GERIATRIE (en vigueur le 01.02.2006)

1er MAI 2006. - Arrêté royal modifiant les dispositions des articles 2, A, et 25, §§ 1er et 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 9.5.2006 – p. 23900)

Article 1er. A l'article 2, A, la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées avant la prestation 102012 :

« 102233 -

Evaluation gériatrique pluridisciplinaire avec rapport par le médecin spécialiste en gériatrie . . .N 50

Cette prestation doit être prescrite par le médecin généraliste traitant; elle est exécutée par le médecin spécialiste en gériatrie, dans la section polyclinique du service de gériatrie (G 300) d'un hôpital agréé avec la participation de l'équipe en personnel infirmier gériatrique et/ou paramédicale gériatrique et comprend une évaluation fonctionnelle physique, psychique et sociale du patient âgé de plus de 75 ans, à l'aide de tests fonctionnels validés.

La prestation 102233 ne peut être remboursée qu'une seule fois par an, et comprend un rapport de la mise au point gériatrique avec une proposition de soins à domicile pluridisciplinaires individualisés ou d'admission adaptée dans une institution de soins chroniques. Ce rapport doit être fourni au médecin généraliste traitant prescripteur.

Art. 2. A l'article 25, § 1^{er} et § 2.a) sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er,

a) dans l'intitulé qui précède la prestation 599126, le mot « en médecine interne » est supprimé, et remplacé par le mot « en gériatrie »;

b) les intitulés, prestations et règles d'applications suivants sont insérés après la prestation 599163 :

« Gériatrie de liaison

- 599045

Honoraires pour l'examen par le médecin spécialiste en gériatrie, effectué chez un bénéficiaire admis dans un autre service que G (300), âgé de plus de 75 ans, sur prescription du médecin spécialiste autre que gériatre, qui exerce la surveillance C 40

Cette prestation ne peut être portée en compte que deux fois maximum durant la même période d'hospitalisation ininterrompue et est cumulable avec les honoraires de surveillance du médecin spécialiste demandeur.

Le rapport écrit de l'examen gériatrique avec le plan de traitement détaillé doit être conservé dans le dossier du patient.

Examen gériatrique de sortie

- 599060

Honoraires pour l'examen gériatrique de sortie par le médecin spécialiste en gériatrie, chez le bénéficiaire à partir de 75 ans hospitalisé dans un service de gériatrie G (300) C 30

L'examen gériatrique de sortie ne peut être porté en compte qu'une seule fois, pendant la dernière semaine d'admission, par le médecin spécialiste en gériatrie qui assure la surveillance du patient dans le service de gériatrie G (300), et comprend un rapport au médecin généraliste traitant avec un plan pluridisciplinaire détaillé pour le traitement ultérieur, le suivi et la revalidation à domicile ou dans un milieu familial de remplacement.

2° au § 2, a)

a) au 1°

dans le troisième alinéa, la lettre « G » est supprimée;

b) au 4°,

les numéros 599045 et 599060 sont insérés dans la liste de prestations.

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 1er février 2006.

NOMENCLATURE : SURVEILLANCE EN PEDIATRIE (en vigueur le 01.05.2006)

1er MAI 2006. - Arrêté royal modifiant les dispositions de l'article 25, § 1er, 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 9.5.2006 – p. 23902)

Article 1er. A l'article 25, § 1er, sont apportées les modifications suivantes :

1. la valeur relative de la prestation 598802 est portée de « C20 » à « C25 »;
2. la valeur relative de la prestation 598220 est portée de « C20 + Q30 » à « C25 + Q30 ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er mai 2006.

NOMENCLATURE : SURVEILLANCE EN SERVICE SP (en vigueur le 01.05.2006)

1er MAI 2006. - Arrêté royal modifiant les dispositions de l'article 25, § 1er, 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 9.5.2006 – p. 23903)

Article 1er. A l'article 25, § 1er, sont apportées les modifications suivantes :

1. la valeur relative de la prestation 599406 est portée de « C6 » à « C7,5 »;
2. la valeur relative de la prestation 599421 est portée de « C3 » à « C4 ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er mai 2006.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Articles 28, 35 & 35bis (Chirurgie) : Arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. du 14.4.2006 – p. 20637)

Article 35bis (Chirurgie) : Arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. du 14.4.2006 – p. 20639)

Article 35bis (Chirurgie) : Arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. du 14.4.2006 – p. 20640)

Articles 28 & 35 (Urologie et néphrologie) : Arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. du 28.4.2006 – p. 22319)

Article 35 (Chirurgie abdominale et pathologie du système digestif) : Arrêté royal du 16 mars 2006 (M.B. du 28.4.2006 – p. 22321)

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

NOUVELLE RÈGLE INTERPRÉTATIVE ARTICLE 28, § 1^{er} – IMPLANTS

REGLE INTERPRETATIVE 16 (en vigueur depuis le 14.04.2006) (M.B. du 14.04.2006)

QUESTION

La prestation 612371-612382 de l'article 28 de la nomenclature, relative au filet implantable pour réparation de hernie ou éventration, prévoit une intervention de l'assurance de Y 2 par 10cm². Comment doit être déterminée la surface attestable sous cette prestation lorsqu'un filet pré-découpé, p. ex. de type « Prolift » ou « Avaulta », est utilisé ?

REPONSE

Lorsqu'un filet pré-découpé par le fabricant est utilisé, la surface attestable sous la prestation 612371-612382, n'est pas la surface totale du filet avant découpe mais bien la surface utilisée lors de l'intervention.

MODIFICATION CRITERES D'AGREMENT FONCTION SOINS URGENTS SPÉCIALISÉS

5 MARS 2006. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée (M.B. du 24.3.2006)

Article 1er. Dans l'article 8 de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée, modifié par l'arrêté royal du 25 novembre 2002, l'alinéa 1er est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 8. Le médecin-chef de service de la fonction est un médecin-spécialiste en médecine d'urgence agréé, tel que visé à l'article 2, 1° ou 2°, de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, des médecins spécialistes en médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines. Il est attaché à temps plein à l'hôpital et il consacrera plus de la moitié de son temps de travail à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel attaché à sa fonction. »

Art. 2. L'article 9, § 1er, du même arrêté, est remplacé par la disposition suivante :

« § 1er. La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1° médecin-spécialiste en médecine d'urgence, telle que visée à l'article 2, 1er et 2°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005;

2° médecin-spécialiste en médecine aiguë, visée à l'article 2, 3°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005;

3° médecin titulaire du brevet de médecine aiguë visée à l'article 6, § 3, 2°, du même arrêté ministériel;

4° le médecin-spécialiste candidat en médecine d'urgence, visé au 1°, ou en médecine aiguë, visé au 2°, en formation, pour autant que l'intéressé soit déjà médecin-spécialiste agréé dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005, ou qu'il ait déjà suivi la formation précitée pendant au moins un an. »

Art. 3. Art. 13, § 2 et § 3, du même arrêté, sont remplacés par la disposition suivante :

« § 2. Jusqu'au 31 décembre 2008 la permanence médicale peut également être assurée par un médecin-spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, 1°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005.

§ 3. Jusqu'au 31 décembre 2008 la permanence médicale peut également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation dans une des disciplines visées à l'article 2, 1°, du même arrêté ministériel du 14 février 2005, pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences ou une fonction « soins urgents spécialisés » avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence. »

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er avril 2006.

MODIFICATION CRITERES D'AGREMENT FONCTION SERVICE MOBILE D'URGENCE

5 MARS 2006. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « Service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée (M.B. du 24.3.2006)

Article 1er. Dans l'article 5 de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « Service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée, l'alinéa 1er est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 5. Le médecin qui assure la direction de la fonction doit être médecin-spécialiste en médecine d'urgence, tel que visé à l'article 2, 1° ou 2°, de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, des médecins spécialistes en médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que les maîtres de stage et des service de stage dans ces disciplines. Il est attaché à temps plein à l'hôpital ou à un des hôpitaux de l'association et il consacrera plus de la moitié de son temps de travail à l'activité dans la fonction et à la formation permanente du personnel attaché à sa fonction. »

Art. 2. Dans l'article 6, § 2, du même arrêté, l'alinéa 1er est remplacé par la disposition suivante :

« § 2. La permanence médicale est assurée par au minimum un médecin, attaché au moins à mi-temps à l'hôpital et possédant une des qualifications suivantes :

1° médecin-spécialiste en médecine d'urgence, telle que visée à l'article 2, 1° et 2°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005;

2° médecin-spécialiste en médecine aiguë, telle que visée à l'article 2, 3°, du même arrêté ministériel;

3° médecin titulaire du brevet de médecine aiguë visée à l'article 6, § 3, 2°, du même arrêté ministériel;

4° le médecin-spécialiste candidat en médecine d'urgence, visé au 1°, ou en médecine aiguë, visé au 2°, en formation, pour autant que l'intéressé soit déjà médecin-spécialiste agréé dans l'une des disciplines visées à l'article 2, 1°, du même arrêté ministériel, ou qu'il ait déjà suivi la formation précitée pendant au moins un an. »

Art. 3. Art. 18, § 2 et § 3, du même arrêté, sont remplacés par la disposition suivante :

« § 2. Jusqu'au 31 décembre 2008 la permanence médicale peut également être assurée par un médecin-spécialiste dans une des disciplines visées à l'article 2, 1°, de l'arrêté ministériel précité du 14 février 2005.

§ 3. Jusqu'au 31 décembre 2008, la permanence médicale peut également être assurée par un médecin candidat spécialiste en formation dans une des disciplines visées l'article 2, 1°, du même arrêté ministériel pour autant que celui-ci ait suivi une formation d'au moins deux ans, que le service dans lequel il assure la permanence figure dans son programme de stage et qu'il se soit familiarisé dans un service des urgences ou une fonction « soins urgents spécialisés » avec tous les aspects afférents à la réanimation et au traitement médical d'urgence. »

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er avril 2006.

TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER : GÉRIATRIE

8 MARS 2006. - Arrêté royal modifiant 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 (M.B. du 3.4.2006)

Article 1er. L'article 2 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, modifié par les arrêtés royaux des 22 juin 1993, 8 novembre 1995, 12 mars 1997, 11 avril 1999, 15 octobre 2001, 7 janvier 2002, 30 septembre 2002 et 10 août 2005, est complété comme suit :

"- et en gériatrie;".

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

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE – CHAPITRE IX
(Modification du 18 mars 2006)

Vie finissante

Article 95

Dans le prolongement de l'article 33, le médecin traitant informe le patient en temps opportun de sa vie finissante et du soutien qui peut lui être apporté.

Dans ce cadre, le médecin tient compte de la situation clinique du patient, de sa capacité à supporter l'information, de ses convictions philosophiques et religieuses ainsi que de l'étendue de l'information que celui-ci souhaite.

Lors de toute demande à propos de la fin de vie, le médecin explique les initiatives qui peuvent être prises, telles que la désignation d'un mandataire, la consignation du refus de consentement à une intervention déterminée et la rédaction d'une déclaration anticipée concernant l'euthanasie.

Le médecin attire l'attention de son patient sur le fait que celui-ci a toujours droit aux soins palliatifs.

Le médecin informe le patient, en temps opportun et de manière claire, du soutien médical qu'il est disposé à lui apporter lors de la vie finissante. Le patient doit avoir le temps nécessaire pour recueillir un deuxième avis médical.

Le médecin traitant et le patient s'accordent sur les personnes à informer et sur l'information à leur fournir.

Article 96

Pour toute intervention lors de la vie finissante, le médecin doit obtenir le consentement du patient.

Il doit veiller à ce que ce consentement soit éclairé, libre et indépendant.

Si le médecin estime qu'un patient n'est pas à même de consentir, il s'adresse au représentant légal.

Le médecin traitant associe le patient mineur aux décisions relatives à la fin de vie, en fonction de l'âge et de la maturité de celui-ci et de la nature de l'intervention visée. Il est indiqué de recueillir l'avis d'un confrère et de l'équipe soignante.

Article 97

Outre le devoir d'information et l'obligation d'obtenir le consentement, le médecin prodigue toute assistance médicale et morale au patient lors de la vie finissante.

Si le médecin ne dispose pas des connaissances suffisantes en matière de soutien au patient lors de la vie finissante, il recueille les avis nécessaires et/ou appelle en consultation un confrère compétent.

L'acharnement thérapeutique doit être évité.

Le médecin aide le patient dans la rédaction et la conservation des déclarations définies à l'article 95, deuxième alinéa.

Le médecin se tient aux engagements pris à l'égard du patient.

Lors de l'application des dispositions du présent chapitre du Code de déontologie médicale, le médecin veille à ce que les dispositions légales soient respectées tant par lui que par le patient.

Article 98

Si, suivant l'état actuel de la science, un patient est décédé, le maintien artificiel des fonctions

cardiorespiratoires doit être arrêté. Cet arrêt peut être postposé en vue du prélèvement d'organes à des fins de transplantation, dans le respect de la volonté du patient et des dispositions légales.

Ordre des médecins – Belgique – Conseil national

INBEV-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE – 2007 : REGULATIONS

1. DEFINITION OF THE "INBEV-BAILLET LATOUR HEALTH PRIZE 2007"

The Management Board of the InBev-Baillet Latour Fund has decided that the 2007 InBev-Baillet Latour Health Prize will have as theme : "**Neurosciences**". In the following years, successive themes will be: "Growth, development and cancer", "Circulation, respiration and metabolism" and "Immunity and/or infectious diseases". The value of the Prize is **one hundred fifty thousand Euros (150.000 €)**.

2. NOMINATIONS

The Prize is awarded to a scientist active in biomedical research and/or its practical applications for human health. [...] The proponent should use the form provided at www.inbev-baillet-latour.be and at www.fnrs.be or by the F.N.R.S., rue d'Egmont 5, 1000 Brussels, for introducing his/her nominee. [...] Nominations for 2007 marked "Confidential" should be postmarked no later than **September 15th 2006** and sent to the Secretary General of the National Fund for Scientific Research F.N.R.S., rue d'Egmont 5, BE - 1000 Brussels, Belgium.

LES JOURNEES SPORTSANTE sous l'égide du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque

Le projet des journées Sportsanté est né de l'envie de créer un lien fort du monde médical vers leurs patients, autour d'une même passion qui est aussi une source de bien-être et un moyen de prévention de santé des plus précieux : le sport.

Le but de ces journées, étalées sur deux ans, est de générer, à travers la participation à des activités sportives, des débats sur des thèmes médicaux actuels. L'aboutissement de ces journées se tient dans la possible organisation dès 2007, de rencontres du même type entre les firmes du domaine de la santé, les acteurs du monde médical et leurs patients.

On remarquera que les sports n'ont pas été choisis au hasard. L'athlétisme, avec ses dérivés que sont le jogging et la marche, le cyclisme avec le VTT, et le golf sont des disciplines dont la pratique permet de limiter les facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires. Le travail de prévention du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque se base d'ailleurs largement sur ces différentes pratiques sportives.

Le véritable but, qui se confond avec la vocation du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque, est d'œuvrer pour la santé publique. Insistons encore sur un point : toutes ces épreuves se dérouleront dans un esprit d'amitié et de convivialité, sans aucune intention mercantile.

Durant les années 2006 et 2007 les médecins montreront, à travers ces différentes rencontres sportives, à toute la Belgique, qu'ils conservent la forme et qu'ils ont du souffle et du cœur pour partager avec les Belges la recherche du bien-être.

« Faites du sport, c'est votre médecin qui vous le conseille » après les journées Sportsanté de 2006 et de 2007 les Belges n'en douteront plus.

Pour toutes les informations pratiques concernant les « Journées Sportsanté » (calendrier, modalités d'inscription,...) veuillez consulter le Site web www.journeessportsante.be

REUNION SCIENTIFIQUE

**The Belgian Scientific Organisation of Manual Therapy (B.W.M.T.)
presents "European Course Tour 2006"
21, 22 & 23 September 2006, Provinciehuis, Antwerp (Belgium)**

"State of the Art in Managing Upper Limb Joint and Soft Tissue Disorders"
Masterclass by Prof. Karim Kahn, Prof. Bill Vincenzino, Miss R. Leary, Prof. JL Gielen, Prof. JP Baeyens,
Miss A. Cools.
Info & registration: www.bwmt.be or Tel/Fax: 0032 3 775.88.96
Accreditation for Belgian Physicians is obtained.

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
- 05010* **CHERCHE** : tout matériel ophtalmo et optique anciens ainsi que vieilles lunettes et vieux verres pour le Rwanda. Tél. : 02/770.21.35.
- 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.
- 05161 **A VENDRE** : Chirurgien vend instruments de chirurgie générale et vasculaire. Tél. : 04/252.67.13. Fax : 04/252.10.14.
- 06038 **A CEDER** société médicale. Pour tout renseignement, tél. au 0475/53.69.43.
- 06040 **BASTOGNE** : L'I.F.A.C. (hôpitaux de Marche et de Bastogne) recherche un **PEDIATRE** pour son site de Bastogne. Rémunération intéressante. Envoyer candidature au Dr Robert SIMONS, Directeur médical I.F.A.C. – rue du Vivier 21 à 6900 Marche-en-Famenne.
- 06041 **JAMBES (NAMUR)** bord de Meuse, Cabinet de médecine spécialisée (prise en charge obésité et tabacologie) : cabinet (para)médical disponible, horaires et prix à convenir. Contact : cabinet_de_nutrition@skynet.be ou tél. 0495/50 75 94.
- 06049 **A LOUER** : au centre du triangle Namur-Charleroi-Philippeville à Mettet proche du centre bureaux ± 60 m² comp sal d'attente wc 2bur communicants. 071/72.91.93 www.cidimmo.be
- 06050 **LIEGE** : Le laboratoire du CHR de la Citadelle à Liège cherche **MEDECIN OU PHARMACIEN BIOLOGISTE** polyvalent, motivé par travail en équipe afin d'assurer la coordination du système qualité et partager la supervision du secteur de chimie médicale. Contact: Dr JM MINON, chef de service. Tél. : 04/223.87.81. jean.marc.minon@chrcitadelle.be
- 06051 **FRANCE** : Cède retraite fin 2007 patientèle d'**ORL** libérale à NICE (France), secteur II (Honoraires libres), dans cabinet de 3 ORL et 1 plasticien maxillo-facial, plein centre de Nice: locaux magnifiques 200 m², plateau technique complet d'exploration ORL, bloc petite chirurgie; entièrement informatisé avec reconnaissance vocale en réseau, contrat dans clinique ORL et possibilité de chirurgie lourde dans premier groupe hospitalier privé. Contacter Dr G. LEVY au 00 33 6 15 46 17 97 ou e-mail: glevynice@free.fr
- 06052 **BRUXELLES** : RSA (Institut Royal pour Sourds et Aveugles) cherche **NEUROPEDIATRE-PEDIATRE** pour suivis spécialisés. La réadaptation est un plus. Travail d'équipe. Statut d'indépendant. CV et lettre de motivation à adresser au Dr D Fagnart 1504 chaussée de Waterloo à 1180 Bruxelles.
- 06053 **BRUXELLES** : IRSA (Institut Royal pour Sourds et Aveugles) cherche **PSYCHIATRE-PEDOPSYCHIATRE** pour suivis spécialisés et supervision d'équipes. Travail multidisciplinaire. Statut d'indépendant. CV et lettre de motivation à adresser au Dr D Fagnart 1504 chaussée de Waterloo à 1180 Bruxelles.
- 06054 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean ouvre un poste de médecin spécialiste en **GERIATRIE**. Les candidatures sont à envoyer avant le 01/09/2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique Saint-Jean, boulevard du Jardin botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 06055 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean ouvre un poste de **MEDECIN-NUTRITIONNISTE**. Les candidatures sont à envoyer avant le 01/07/2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique Saint-Jean, boulevard du Jardin botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 06056 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Etienne ouvre un poste de chef de service en **PEDIATRIE**. Les candidatures sont à envoyer avant le 30/06/2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique Saint-Etienne, rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles.
- 06057 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Etienne ouvre un poste de médecin spécialiste en **MEDECINE PHYSIQUE**. Les candidatures sont à envoyer avant le 01/09/2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique Saint-Etienne, rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles.
- 06058 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute un **GERIATRE** 8/10e temps pour son service de gériatrie (40 lits) à partir du 01/03/2006. 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

- 06059 **NAMUROIS** : CHR 350 lits aigus région namuroise recrute **ENDOCRINOLOGUE** temps plein (diabétologie, thyroïde). 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
- 06060 **FRANCE** : Cabinet Lutter Médical recherche pour la France médecin **RADIOLOGUE, ANESTHESISTE** et **PNEUMOLOGUE**. Merci de contacter le 00.33.3.89.20.46.29 ou par e-mail rlutter@wanadoo.fr
- 06061 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean ouvre un poste de médecin **SPECIALISTE EN MEDECINE NUCLEAIRE**. Les candidatures sont à envoyer avant le 31.10.2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique St-Jean, bld du Jardin botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 06062 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Jean ouvre un poste de médecin **SPECIALISTE EN SOINS PALLIATIFS**. Les candidatures sont à envoyer avant le 30.06.2006 au Dr Y. Bertrand, Directeur médical, Clinique St-Jean, bld du Jardin botanique 32 à 1000 Bruxelles.
- 06063 **A VENDRE** : société médicale. Pour tout renseignement, tél. : 0475/53.69.43.
- 06064 **BRUXELLES** : La Clinique Saint-Etienne à Bruxelles recherche un médecin **INTENSIVISTE** temps plein pour le service des soins intensifs. Les candidatures sont à envoyer à la Direction médicale de la clinique (rue du Méridien 100 à 1210 Bruxelles) avant le 31.08.2006.
- 06066 **GD LUXEMBOURG** : La Clinique Sainte Thérèse située au cœur de la ville de Luxembourg est un hôpital moderne de 226 lits avec un niveau de spécialisation médicale et chirurgicale élevé. Dans le cadre de l'ouverture de son nouveau service de rééducation gériatrique avec 30 lits stationnaires, la Clinique se propose de recruter un **MEDECIN SPECIALISTE EN REEDUCATION FONCTIONNELLE** (m/f) avec des compétences particulières en gériatrie. Si vous possédez une bonne expérience en médecine rééducative, si vous appréciez le travail dans une équipe multiprofessionnelle dynamique, vous êtes prié de remettre votre candidature avec curriculum vitae, diplômes et certificats afférents pour le 12 juin 2006 au plus tard à l'attention du Dr Philippe TURK, Médecin-directeur, Clinique Sainte Thérèse, 36, rue Sainte Zithe L-2763 Luxembourg, www.zitha.lu.

Table des matières

• Communiqué de presse du GBS (28.04.2006) : euthanasie : extension de la loi.....	1
• Statut social INAMI 2005 et assurances.....	1
• Activity Based Costing et financement des nouvelles techniques médicales – P. LECLERCQ : Allocution prononcée dans le cadre du symposium du GBS "Financement des Soins de Santé" (Bibliothèque Royale de Belgique – 04.02.2006).....	2
• A.R. du 1.5.2006 : médecins 000 et 009.....	8
• Nomenclature : gériatrie (en vigueur le 01.02.2006).....	9
• Nomenclature : surveillance en pédiatrie (en vigueur le 01.05.2006)	10
• Nomenclature : surveillance en service Sp (en vigueur le 01.05.2006)	10
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	10
• Nouvelle règle interprétative : article 28, § 1er – implants	10
• Modification critères d'agrément fonction Soins urgents spécialisés	11
• Modification critères d'agrément fonction Service mobile d'urgence	12
• Titre professionnel particulier : gériatrie	12
• Code de déontologie médicale – chapitre IX.....	13
• INBEV-BAILLET LATOUR Health Prize – 2007 : Regulations	14
• Les Journées Sportsanté sous l'égide du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque.....	14
• Réunion scientifique	15
• Annonces.....	15