
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 8 / DECEMBRE 2011

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

ACCORD MEDICO-MUTUALISTE 21 DECEMBRE 2011

541 jours après les élections du 13 juin 2010, le gouvernement Elio Di Rupo I a prêté serment devant le Roi le 6 décembre 2011. Après l'extrême lenteur de la formation du gouvernement, la nouvelle formation a l'intention de faire adopter le budget 2012 à la Chambre à toute allure. Au cours de ces derniers mois, on a cherché et trouvé 11,3 milliards d'économies. 2,3 milliards d'euros seront économisés dans les soins de santé. Une première tranche de 1,6 milliard d'euros est réalisée en ramenant la norme de croissance légale de 4,5 % à 2 %. En soi, cela ne change pas grand-chose par rapport à la norme de croissance réelle de 2011.

Néanmoins, les économies supplémentaires feront mal. Dans l'accord du gouvernement, il est prévu 130 millions d'euros d'économies au niveau des honoraires médicaux en 2012 et 150 millions d'euros en 2013. Dans la note approuvée par le Comité de l'assurance le 03.10.2011, les mutuelles proposaient 60 millions d'euros d'économies pour 2012 (et 80 millions d'euros sur base annuelle pour 2013). A l'exception de l'économie en anatomie pathologique (4,56 millions d'euros), ces propositions d'économies ont toutes été incorporées dans la note gouvernementale et chaque fois au montant supérieur de la fourchette proposée par les O.A. : 47,23 millions d'euros en radiologie, 17,4 millions en anesthésie et 4,44 millions en ophtalmologie. En médecine physique, le montant proposé a été plus que doublé sans aucune explication : 6,7 millions au lieu de 3,0 millions. Pour couronner le tout, les négociateurs gouvernementaux ont également ajouté une économie de 4,23 millions au niveau de l'aide opératoire.

Dans le cadre d'un dossier strictement de médecine générale, un montant de 46 millions d'euros a été gelé pour le dossier médical global. La poursuite du développement des trajets de soins est également gelée à titre provisoire (gel de 10,4 millions d'euros). Dans la pratique, des économies irréflechies et aveugles telles que celles évoquées plus haut ne sont pas réalistes et le gel des initiatives promouvant la qualité est très regrettable. Au terme d'une concertation intense d'une délégation de l'ABSyM, conduite par le Dr M. MOENS, président, avec Mme Laurence BOVY, chef de cabinet de la ministre L. ONKELINX, le président de la Commission nationale médico-mutualiste, M. Jo De Cock, les hauts dirigeants des mutuelles et enfin la ministre en personne, plusieurs formules alternatives ont été développées et traduites dans l'accord médico-mutualiste du 21.12.2011. L'accord est conclu pour un an. Un groupe de travail spécial placé sous la présidence de M. Jo DE COCK élaborera des mesures structurelles alternatives et les soumettra à l'approbation de la CNMM pour le 30.6.2012. Au fur et à mesure que les économies structurelles seront portées à exécution, les limitations de l'index prévues dans le présent accord pourront être levées.

Voici les principales mesures concernant les médecins spécialistes. Vous pouvez prendre connaissance du texte intégral ainsi que des nouveaux tarifs sur le site Internet du GBS : www.gbs-vbs.org

- Les honoraires pour les prestations prévues à l'article 2 et à l'article 25 de la nomenclature ainsi que les honoraires pour les trajets de soins seront, le 1er janvier 2012, majorés de 1,50 % pour les médecins spécialistes.
- Les prestations spéciales seront, le 1er janvier 2012, indexées de 1 % à l'exception des honoraires pour les prestations CT et les prestations de nomenclature pour la médecine d'urgence (article 25, § 3bis) et

les prestations d'anesthésiologie prévues à l'article 12, § 1er, a), qui sont maintenus au niveau du 31 décembre 2011.

- Toutefois, pour les médecins spécialistes non accrédités, les honoraires pour surveillance et certains honoraires forfaitaires de biologie clinique et d'imagerie médicale, qui correspondent aux prestations spécifiques pour les spécialistes accrédités, qui contiennent une valeur Q, sont maintenus au niveau du 31 décembre 2011.
- Les montants des honoraires de disponibilité sont augmentés de 2,99 % pour 2012. Il en va de même pour les honoraires de permanence du pédiatre au service E.
- Les enveloppes « imagerie médicale » et « biologie clinique » sont fixées pour l'année 2012 respectivement à 1.170.235 milliers d'euros et 1.224.314 milliers d'euros.

Mesures de promotion du conventionnement et de l'accréditation : Pour 2012, l'intervention forfaitaire d'accréditation pour les médecins entièrement conventionnés est majorée à 1.027,81 euros; pour les médecins partiellement et non conventionnés, l'honoraire forfaitaire d'accréditation reste fixé à 593,61 euros. Cette procédure permet de satisfaire aux aspirations de la CNMM qui souhaite promouvoir le conventionnement de médecins et rendre l'accréditation plus attractive.

Enfin, la CNMM soumettra les différences au sein des honoraires des consultations des médecins spécialistes accrédités à une analyse approfondie et formulera des propositions pour supprimer les inégalités constatées.

Le montant du statut social s'élèvera, en 2012, à 4.324,69 EUR pour les médecins entièrement conventionnés et à 2.127,03 EUR pour les médecins partiellement conventionnés, soit une augmentation de 2,99 %.

La formulation des conditions d'application, de la conciliation de contestations, de la durée de l'accord et des formalités si un médecin refuse d'adhérer aux termes de l'accord varie peu par rapport à celle de l'accord du 13 décembre 2010. Les modèles de lettre de refus d'adhésion ou d'adhésion partielle à l'accord seront disponibles sur le site Internet du GBS www.gbs-vbs.org dès que le texte de l'accord aura été publié au Moniteur belge.

POSITION DE L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE BELGE DES MEDECINS SPECIALISTES EN ANESTHESIE-REANIMATION CONCERNANT LA SEDATION ET LA MAC (MONITORED ANESTHESIA CARE)

L'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation, union professionnelle reconnue, souhaite prendre position concernant les critères de sécurité requis et, s'y rapportant, la justification de la nomenclature pour l'anesthésie/sédation profonde.

Pour **les concepts**, nous renvoyons aux textes de consensus néerlandais élaborés par le **CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale Toetsing)-richtlijnen in Nederland : "Sedatie en/of analgesie door niet-anesthesiologen – consensusbijeenkomst d.d. 13 februari 1998"**. (Ce texte est joint au présent document.)

Ces concepts servent pour le classement de la dépression du système nerveux central – allant de la sédation légère à l'anesthésie générale – en 5 scores de sédation, également appelés niveaux de sédation. Le terme score de sédation ou niveau de sédation est un choix malheureux dans la mesure où le premier niveau est un score sans sédation et les derniers niveaux ne couvrent pas une sédation mais une anesthésie générale.

Il convient de noter qu'outre la sédation, il peut aussi être demandé uniquement une suppression de la douleur ou uniquement un monitoring, pour une surveillance des fonctions des organes vitaux, et ce pour tous les scores de sédation possibles.

Les concepts, c'est-à-dire les notions, sont définis en page 5.

"On distingue les scores de sédation suivants :

1. *Patient éveillé et orienté*
2. *Patient légèrement somnolent*
3. *Patient avec les yeux fermés mais répondant promptement à des ordres verbaux*
4. *Patient avec les yeux fermés, réveillable uniquement par une stimulation physique*
5. *Patient avec les yeux fermés, non réveillable par une stimulation physique (= anesthésie générale, 'narcose')*

Pour les examens ou procédures désagréables ou légèrement douloureux, des techniques de sédation peuvent être utilisées pour tenter d'atteindre un score de sédation 3.

Nous (l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation) constatons ainsi qu'une note de consensus interdisciplinaire néerlandaise a comme prémisses que différentes disciplines, des non-anesthésistes, recherchent un score de sédation 3.

De courtes périodes durant lesquelles un niveau de sédation 4 est atteint en lien avec une stimulation douloureuse de courte durée sont parfois jugées acceptables aux Pays-Bas mais requièrent alors des mesures et des compétences supplémentaires dans le chef de la personne responsable, à l'instar de ce qui est nécessaire pour le niveau 4.

Si un patient atteint un niveau plus profond en raison d'un surdosage inattendu, d'une baisse des stimulations douloureuses ou pour toute autre raison, la personne responsable doit toujours le reconnaître pour permettre un traitement correct et la personne responsable doit également rapidement revenir à un niveau plus superficiel.

En effet, en recherchant un score de sédation déterminé, on obtiendra inévitablement avec la titration, pendant de courtes périodes, involontairement un niveau de sédation plus bas ou plus haut.

L'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation est d'avis qu'une titration vers un score de sédation 4 doit obligatoirement être effectuée par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

Inévitablement, le patient se retrouve pendant de courtes périodes à un niveau de sédation 5, de sorte qu'il/elle n'est pas réveillable par une stimulation physique, ce stade étant assimilé à une narcose complète ou anesthésie générale.

Les concepts utilisés aux Pays-Bas avec 5 niveaux de sédation servent donc de base pour cet avis et cette position de l'APSAR-BSAR et de réponse à la question relative aux sédations/MAC (monitored anesthesia care) formulée dans différents organes consultatifs de l'INAMI et de l'autorité :

1. Les non-anesthésistes, sans supervision d'anesthésie, peuvent uniquement administrer une sédation de score 3 tout au plus.

Un médecin, non-anesthésiste, appliquant une sédation avec ou sans le concours d'un infirmier pendant une intervention réalisée par ledit médecin ne peut pas réclamer ou justifier d'honoraires supplémentaires.

2. Une sédation de niveau 2 atteignant temporairement un niveau 3 ou une titration vers un niveau de sédation 3 peut être effectuée par un infirmier correctement formé, expérimenté et compétent qui s'occupe exclusivement de ces tâches, sous la responsabilité et la supervision d'un médecin spécialiste ayant une expérience dans les techniques de réanimation et expérimenté dans la réalisation de techniques de sédation.

Pour une sédation de niveau 3 atteignant pour une courte période un niveau 4, la supervision, la surveillance et le monitoring comme suit sont requis :

- Le patient doit faire l'objet d'une surveillance continue par un infirmier ou un médecin formé et expérimenté qui s'occupe exclusivement de cette tâche et n'assure par conséquent aucune autre tâche médicale ou infirmière.
- Ce médecin ou infirmier est formé et a une expérience dans le dégagement des voies respiratoires.
- Il/elle a une formation et une expérience solides en ALS.

- Il/elle s'occupe exclusivement du monitoring, de la titration de la profondeur de la sédation et de la surveillance du patient.
- Un monitoring supplémentaire spécifique à l'anesthésie générale est nécessaire.
- Un matériel de réanimation et une équipe compétente et expérimentée dans les réanimations sont immédiatement disponibles.

3. En cas de titration pour atteindre le niveau 4, étant entendu que le niveau 5 peut être atteint occasionnellement, la deuxième personne doit être un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

Il est clair que, pendant une sédation de niveau 4, le niveau 5 sera régulièrement atteint et on parle alors de narcose complète ou d'anesthésie générale.

Une sédation de niveau 4 pouvant atteindre temporairement un niveau de sédation 5 doit être effectuée par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation qui se consacre exclusivement à cette technique et ce médecin a par conséquent droit à des honoraires spécifiques à l'anesthésie générale.

4. Si la durée de la procédure prévue est supérieure à 60 minutes, la sédation doit impérativement être effectuée par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

Dans le cas de patients présentant des antécédents médicaux sévères et certainement en cas d'obésité morbide ou présentant un risque sévère lié à la sécurité concernant la procédure, le médecin traitant peut toujours décider d'appeler un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour administrer la MAC (monitored anesthesia care) d'un niveau de sédation 1 à 4. La présence d'un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et un monitoring adapté peuvent être nécessaires, même sans administration de sédation, si la sécurité du patient et/ou de l'intervention le requièrent.

Conclusion :

Pour des raisons de sécurité, l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation est d'avis que la titration de la sédation vers un niveau 4 atteignant éventuellement pour une courte durée un niveau 5, présente des risques plus élevés en termes de sécurité et nécessite un monitoring et une surveillance médicale plus efficaces et plus rigoureux qu'une narcose complète avec par exemple un patient ventilé, de sorte que la présence permanente d'un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation reste nécessaire.

Pareille sédation profonde de niveau 4 ou 5 ne peut certainement pas être confiée à un infirmier ou à un médecin qui n'est pas spécialiste en anesthésie-réanimation.

Un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation effectuant pareille procédure avec une titration vers une sédation de niveau 4 basculant vers un niveau 5 assume en effet la responsabilité d'une véritable narcose et doit témoigner du même engagement, remplir les critères de sécurité et assumer la responsabilité comme pour une narcose complète et a, à ce titre, évidemment droit aux mêmes honoraires de nomenclature.

Les règles Safety First restent applicables tant en termes de procédures d'anesthésie qu'en termes de procédures de sédation à partir du niveau 4. L'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation entend continuer à s'engager pour l'optimisation de la qualité et de la sécurité des procédures d'anesthésie/de sédation. Elle entend à cet effet user de toute son influence pour empêcher qu'un patient subisse des dommages du fait d'une mauvaise application d'une procédure de narcose ou de sédation.

Dr L. Van Obbergh

Dr D. Himpe

Dr J. Jaucot

Dr J.L. Demeere

Dr J.P. Mulier

Dr J. Verbeke

Dr E. Deflandre

Dr R. Heylen

**Journée d'étude de l'A.P.S.A.R.
ANAESTHESIA FOR ANAESTHESIOLOGISTS ?
28.01.2012**

Programme

CHAIRMEN :	Dr. E. Deflandre - Dr. J. Verbeke	
08h45-09h00	Pr. L. Van Obbergh	L'anesthésie est-elle encore réservée à l'anesthésiste ?
09h00-09h30	Pr. G. Schamps	Le Fonds des accidents médicaux : le nouveau régime d'indemnisation instauré par la loi du 31 mars 2010 et les perspectives
09h30-10h00	Dr. R. Heylen	Het begrip 'medisch ongeval' in de nieuwe wet
10h00-10h30	Mr. F. Dewallens	Juridische implicaties van anesthesie door niet-anesthesisten
10h30-10h45		PAUZE
10h45-11h05	Pr. L. Barvais	Monitoring de la sédation
11h05-11h45	Pr. A. Perel	Non-anaesthesiologists should not be allowed to administrate propofol for procedural sedation
11h45-12h00	Dr. J.P. Mulier	Sedatie: het standpunt van de BVAR-SBAR
12h00-12h30	DEBAT	Sédation et anesthésie – Sedatie en anesthesie
12h30-14h00	LUNCH	
12h30	ASSEMBLEE GENERALE - ALGEMENE VERGADERING	
CHAIRMEN	Pr. L. Van Obbergh - Dr. R. Heylen	
14h00-14h20	Pr. M. Van de Velde	De preoperatieve screening en de anesthesioloog
14h20-14h40	Pr. P. Wouters	De anesthesist in het OK
14h40-15h00	Pr. M. Sosnowski	La médecine périopératoire et la gestion postopératoire
15h00-15h20		PAUZE
15h20-15h40	Dr. J.L. Demeere	Comment optimiser le travail de l'anesthésiste, en comparant avec les autres pays?
15h40-16h00	Dr. D. Himpe	Waarom een nieuwe nomenclatuur voor anesthesie?
16h00-16h30	DEBAT	Une nouvelle nomenclature ? – Een nieuwe nomenclatuur?

Lieu

Radisson Blu Royal Hotel
Rue du Fossé-aux-Loups 47
1000 Bruxelles

Organisation

Dr Jean-Luc Demeere
Sint-Elooiweg 60
1860 Meise
Tél.: 02/221.98.40
@ : jdemeere@clstjean.be

**Accréditation demandée en Ethique & Economie de la Santé
Traduction simultanée NL-FR / FR-NL**

✂

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(à renvoyer à : GBS, Symposium APSAR,
20 av. de la Couronne, 1050 Bruxelles)

Nom:

Rue: **N°:**

Code postal: **Localité:**

N° INAMI: **E-mail :**

Membre A.P.S.A.R.: oui non

Assistant en formation : oui non

Je participerai au symposium du 28.01.2012 et verse la somme de :

	Avant le 20.01.2012	A partir du 20.01.2012
A.P.S.A.R.	<input type="radio"/> 85 €	<input type="radio"/> 130 €
Non-membre	<input type="radio"/> 120 €	<input type="radio"/> 150 €
Assistant	<input type="radio"/> 15 €	

Inscription sur place : 130 € (A.P.S.A.R.) 150 € (non-membre)

**sur le compte BE88 4373 1509 5141 de l'A.P.S.A.R.
avec comme mention mes NOM, PRENOM et N° INAMI**

Date / Signature :

MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION : LETTRE OUVERTE SRBMPR – GBS – ABSYM (05.12.2011)

Mesdames, Messieurs,

Faisant suite à la décision du Comité de l'assurance et à la notification du budget 2012 du nouveau gouvernement, nous avons l'honneur de vous adresser la présente.

Le budget de la Médecine physique et réadaptation est mis sous pression à chaque cycle budgétaire. Au cours de ces dernières années, la Réadaptation s'est vu imposer des économies à maintes occasions (sauts d'index, adaptations de la nomenclature, tarifs revus à la baisse).

L'imposition de nouvelles économies en réadaptation se soldera par un recul de la qualité qui ne nous permettra plus de remplir notre mission sociale. En notre qualité de médecins spécialistes en réadaptation, il nous appartient de rendre à nos patients un niveau optimal de fonctionnement et d'indépendance après les traitements curatifs. Notre mission est non seulement d'améliorer la qualité de vie mais aussi de garantir une réintégration rapide au domicile (au lieu d'un placement en centre d'hébergement et de soins). Une réadaptation de qualité favorise également une réintégration rapide dans le circuit du travail.

Sous-financement des centres de réadaptation

Le financement des centres de réadaptation dans nos hôpitaux est de plus en plus difficile au fil des ans. La cause en est l'augmentation des frais directs et indirects. D'une part, nous devons faire face au problème des **frais directs réels élevés** (personnel et appareils de réadaptation complexes de plus en plus onéreux). D'autre part, nous avons le phénomène des **frais indirects** dans le financement des hôpitaux. Ces frais indirects sont en effet répartis en fonction des m² et de l'effectif du personnel attribués à un centre de frais déterminé. Ce système est très défavorable pour tous les services techniques mais surtout pour les services de réadaptation où la charge du travail (coûts de personnel) au prorata des recettes brutes est nettement supérieure aux autres services médico-techniques. En outre, les surfaces de réadaptation nécessaires sont devenues totalement hors de prix dans ce système. Ces frais indirects ont connu une augmentation significative dans nos hôpitaux au cours de ces dernières années.

Outre la répartition injuste des frais indirects à l'hôpital, depuis environ 6 ans, une CCT accorde aux membres plus âgés du personnel des **jours de RTT** (réduction du temps de travail), il est vrai avec une compensation des pouvoirs publics. Cette compensation est toutefois nettement inférieure aux coûts de personnel réels pour un remplacement. Par ailleurs, l'Etat s'accorde un délai important avant de procéder au paiement de cette intervention, lequel délai peut atteindre jusqu'à six ans.

Il résulte de tout cela que plus **70% du budget total est constitué de coûts de personnel**. Il convient également de signaler que maintenant que l'Etat a décidé d'accorder une formation de master aux kinésithérapeutes et bientôt peut-être également aux ergothérapeutes, ces coûts de personnel **sont susceptibles de monter jusqu'à 85 %** (salaires de master au lieu de salaires de bachelier).

Il faut ajouter à cela les innombrables obligations administratives, certes utiles, telles que les réunions d'équipe, qui limitent plus encore le temps que le thérapeute peut consacrer effectivement à traiter le patient. Les normes dans la nomenclature en termes d'effectifs de personnel sont également insuffisamment compensées.

Tout cela a pour conséquence que les rendements de ces services de réadaptation sont extrêmement bas et, depuis plusieurs années, ceux-ci peuvent à peine supporter les coûts. La plupart de ces **services sont déficitaires** à l'heure actuelle.

Réadaptation : une approche multidisciplinaire

Nul ne doute que le processus de réadaptation soit un **processus pluridisciplinaire**. Depuis 2004, le médecin spécialiste en Médecine physique et Réadaptation a été désigné comme **coordinateur** de tout le processus de réadaptation à l'hôpital. Cela permet d'éviter un fractionnement de la réadaptation à l'hôpital. Cet élément constitue certainement une plus-value en termes de qualité et de continuité, contrairement à ce qui se passait précédemment quand la réadaptation avait lieu sur plusieurs îlots. Cela permet également d'éviter que des sous-disciplines organisent leur propre réadaptation qui, dans la pratique, est souvent limitée à un processus monodisciplinaire mais sous un habillage financier dans le cadre d'une convention complexe. La thérapie uniforme, associée à une pathologie définie, est ainsi exploitée de manière lucrative. Le service de réadaptation ne conserve au bout du compte que la réadaptation onéreuse et à fort coefficient de travail, ce qui complique plus encore la structure financière des services de réadaptation.

Chaque année, certains processus de réadaptation sont visés lors du contrôle budgétaire car on suppose qu'il y a encore de la marge. Celle-ci est cependant une nécessité absolue pour conserver un équilibre financier dans un service de réadaptation. Nous avons appris qu'on envisagerait maintenant même de transférer certaines prestations (K20-K15) vers la kinésithérapie monodisciplinaire. Cela risque d'entraîner

un nouveau fractionnement du processus de réadaptation et d'annihiler la qualité de la supervision médicale. Dans un concept de réadaptation moderne, il n'y a qu'un seul service de réadaptation pluridisciplinaire responsable de tout le processus de réadaptation dans nos hôpitaux, chaque discipline ayant la charge de sa partie spécifique : la kiné pour l'approche analytique et la force, l'ergothérapie pour l'approche fonctionnelle. Affirmer qu'une pathologie donnée doit uniquement donner lieu à un traitement monodisciplinaire va à l'encontre du nouveau concept de réadaptation où le besoin en réadaptation du patient est considéré dans sa globalité.

Il appartient au médecin spécialiste en réadaptation d'offrir aux patients des soins de réadaptation optimaux, tout en prenant en compte bien entendu le coût social. Le médecin spécialiste en réadaptation a notamment comme tâche de définir les moyens et les disciplines paramédicales à engager. Un grand nombre de "programmes monodisciplinaires" nécessitent en fait l'intervention de plusieurs disciplines.

La réadaptation oncologique exige également l'intervention d'un psychologue, la réadaptation de l'obésité celle d'un diététicien et la réadaptation du SFC et de la fibromyalgie nécessite une thérapie comportementale cognitive. La population toujours plus âgée dans nos hôpitaux nécessite de plus en plus souvent l'intervention d'ergothérapeutes (activités ADL – Activities of Daily Life) pour permettre à ces patients ayant une fonctionnalité minimale de réintégrer (beaucoup trop rapidement) leur domicile, et ce dans le cadre des journées minimales "justifiées". Pendant ce temps, les délais d'attente pour les maisons de repos ne cessent de s'allonger.

Le budget de la Médecine physique mis sous pression

Le budget de la Médecine physique fait l'objet de critiques systématiques à chaque cycle budgétaire. C'est totalement injuste. Un exemple : nul ne conteste la forte augmentation des implants de prothèse en orthopédie. Mais cela s'accompagne obligatoirement d'une forte progression des besoins en réadaptation et on s'attend à ce que cela soit possible avec le même budget. Cette chirurgie prothétique est de plus en plus accessible à des patients plus âgés présentant des pathologies multiples, ce qui nécessite un processus de réadaptation plus intensif et plus long. En outre, une pression est exercée pour diminuer la durée de l'hospitalisation et autoriser la sortie des patients dès que possible (dans le cadre des journées minimales "justifiées"), de sorte que le processus de réadaptation est encore plus intensif. L'augmentation limitée des coûts de la réadaptation est compensée par le gain considérable réalisé du fait de la réduction du nombre de journées d'hospitalisation, d'une part, et du fait d'une activation et d'une réintégration plus rapides dans le circuit du travail, d'autre part.

Autres possibilités de financement

Au vu de tous les arguments qui précèdent, l'augmentation du budget de la réadaptation est inévitable et se poursuivra. Le financement pourrait par contre être adapté.

Le coût de la réadaptation est défini non seulement par le diagnostic mais surtout par les besoins de réadaptation du patient. A partir d'un **système de classification du patient**, le coût doit être adapté en fonction du **besoin de réadaptation**.

Il convient également de prendre en compte les données afférentes au **résultat** du processus de réadaptation. Pour cette raison, les médecins spécialistes en réadaptation souhaitent réaliser une étude approfondie sur un financement moderne et qualitatif de la réadaptation. Nous suggérons un financement dans le cadre de l'article 56.

Nous espérons que vous pourrez prendre en compte notre présente lettre pour les options de politique.

Nous restons à votre entière disposition pour des discussions constructives et nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, en l'expression de notre considération distinguée.

Prof. Dr Jean-Michel Crielaard,

Président de la Société scientifique

Société royale belge de médecine physique et de réadaptation

Prof. Dr Guy Vanderstraeten,

Past-président de la Société scientifique

Société royale belge de médecine physique et de réadaptation

Dr Wilfried Nuytten

Président GBS Réadaptation

Dr J.M. Loix

Président GBS Médecine physique et réadaptation

Dr Patrick Linden

Président Section monospécialisée médecine physique et réadaptation ABSyM

**GBS
SYMPOSIUM**

**"L'autonomie professionnelle du médecin spécialiste et ses limites"
04.02.2012**

08.30-08.50	Accueil	
08.50-09.00	L'autonomie professionnelle du médecin spécialiste et ses limites ...	Dr J.L. DEMEERE, Président du GBS
09.00-09.20	... du fait des décisions du conseil médical et du gestionnaire	Dr D. HIMPE, Vice-président APSAR-BSAR
09.20-09.40	... du fait des règles de prescription médicamenteuse en milieu hospitalier	Dr R. DEGIVES, Coprésident CMP-MFC
09.40-10.00	... du fait de la réglementation en matière d'assurance obligatoire soins de santé	Dr B. WINNEN, Conseiller général INAMI
10.00-10.20	Pause-café	
10.20-10.40	... du fait des droits du patient	Dr Jur. T. GOFFIN, Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht
10.40-11.00	... du fait de son implication dans l'organisation des soins, en particulier des soins hospitaliers	Dr M. MAHAUX, SANTHEA
11.00-11.30	... et la politique de santé actuelle	Dr M. MOENS, GBS et ABSyM
11.30-12.00	Discussion	

Lieu

Bibliothèque Royale de Belgique
Boulevard de l'Empereur 4 – 1000 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS
Raf Denayer
Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles
Tél. : 02/649.21.47 Fax : 02/649.26.90

Accréditation en Ethique & Economie : 2,5 C.P.



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

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

Je participerai au symposium du 04.02.2012 et verse la somme de :

	<u>Avant le 13.01.2012</u>	<u>A partir du 13.01.2012</u>
Membres	<input type="radio"/> 25 €	<input type="radio"/> 35 €
Non-membres	<input type="radio"/> 50 €	<input type="radio"/> 60 €
Candidats-spécialistes	<input type="radio"/> 5 €	<input type="radio"/> 10 €

Inscription sur place 80 €

**sur le compte IBAN : BE 53 06 82 09 57 11 53 (BIC : GKCCBEBB) du GBS
avec mention du nom du participant, du numéro INAMI et de "Symposium : L'autonomie
professionnelle du médecin spécialiste et ses limites 04.02.2012" en communication**

Date / Signature :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
UNION PROFESSIONNELLE BELGE DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SOINS INTENSIFS
16.02.2012

19 h 30 -20 h 00	Dr S. Gouwy Président UPSI-BBIZ	Introduction Assemblée générale - acceptation de nouveaux membres - approbation du bilan financier
20 h 00 -20 h 30	Pr. P.-F. Laterre Clin. Universitaires St. Luc Bruxelles	La formation et l'avenir du médecin spécialiste en Médecine Intensive
20 h 30 -20 h 45		Discussion
20 h 45 -21 h 15	Dr R. Rutsaert Sint-Vincentiusziekenhuis Antwerpen	Wijzigingen in de reanimatienomenclatuur artikel 13
21 h 15 -21 h 45	Dr J. Verbeke Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis Aalst	Blijvende pijnpunten in de nomenclatuur voor intensivisten
21 h 45 -22 h 00		Discussion
22 h 00		Réception

Carestel Motel – Grand-Bigard – parking E40 Bruxelles-Ostende

ACCES GRATUIT

Accréditation demandée en Ethique et Economie de la santé

✂

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

(à renvoyer à : GBS, Symposium SI-ZI, avenue de la Couronne 20, 1050 Bruxelles)

Nom :
Rue : **N° :**
Code postal : **Localité :**
N° INAMI : **E-mail :**

**CROISSANCE DU NOMBRE DE PATIENTS ÉTRANGERS DANS LES HÔPITAUX BELGES,
MÊME SI LE PHÉNOMÈNE RESTE ENCORE LIMITÉ**

Communiqué de presse du KCE (25.11.2011)

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) s'est penché, en collaboration avec la K.U.Leuven sur l'afflux de patients étrangers admis dans les hôpitaux belges dans le cadre d'une intervention programmée. La grande majorité de ceux-ci provient d'autres pays de l'UE, et surtout des Pays-Bas et de France. Par rapport au total, le nombre d'admissions reste encore limité (environ 1,5% de l'ensemble des hospitalisations), mais en 5 ans il a augmenté de 60%. La poursuite de cette augmentation pourrait poser des problèmes d'ordre financier ou provoquer des listes d'attente. Le KCE suggère dès lors d'adapter le mode de financement des hôpitaux et de charger le tout nouvel Observatoire de la mobilité des patients de tirer la sonnette d'alarme en cas d'apparition de files d'attente.

Croissance de 60% en 5 ans mais phénomène encore limité

De plus en plus de patients se déplacent vers un autre pays pour y suivre un traitement médical programmé. C'est en partie une conséquence de la réglementation de l'Europe qui prévoit la libre circulation de ses ressortissants à l'intérieur de ses frontières et donc aussi qu'ils puissent se faire soigner dans un autre Etat membre. La Belgique connaît ainsi un certain succès auprès de ce genre de patients. Le KCE estime qu'ils étaient presque 23.000 à avoir été admis dans les hôpitaux belges en 2008. Ce nombre ne représente pas encore 1,5 % du total des admissions hospitalières mais on observe une croissance continue qui a atteint 60% entre 2004 et 2008. Et pour les hospitalisations de jour, c'est pareil.

Surtout des patients en provenance des Pays-Bas et de France

La plus grande partie des patients étrangers provient des pays de l'UE et surtout des Pays-Bas (60% des hospitalisations classiques et 71% des hospitalisations de jour) et de France (respectivement 14% et 12%).

Les interventions les plus fréquentes sont relatives au système musculo-squelettique : dos, nuque, prothèse de hanche ...

Ces interventions représentent ensemble un bon quart de tous les séjours hospitaliers aussi bien classiques que de jour. Parmi les hospitalisations classiques, les traitements contre l'obésité (anneau gastrique) et les revascularisations coronaires programmées occupent la deuxième et la troisième position. Les hospitalisations de jour concernent surtout la procréation assistée, le conseil génétique et la chimiothérapie. Le degré de sévérité des pathologies présentées par les patients étrangers est en moyenne moins élevé que celui des patients belges.

Qui paie et à quel moment ?

L'Union Européenne a défini des règles pour organiser les flux de patients étrangers. En fonction de qui paie et quand, ces patients peuvent être répartis en trois groupes.

Il y a tout d'abord les patients dont l'assureur dans leur pays d'origine paie l'hôpital belge via l'assurance maladie belge, et après avoir marqué son accord pour qu'ils aillent se faire soigner en Belgique. D'autres patients avancent eux-mêmes le coût des soins et sont remboursés a posteriori, totalement ou partiellement, par l'assureur dans leur pays. Le troisième groupe rassemble les patients étrangers qui se font soigner sur base d'un accord conclu entre leur assureur et un hôpital belge. Dans ce dernier cas, l'assureur supporte directement les coûts.

Déficiences dans l'enregistrement

La part représentée par chaque groupe ne peut pas être déterminée de façon très précise à partir des banques de données administratives. Le KCE recommande des améliorations à ce sujet et de rendre le système plus cohérent. Tant que ce ne sera pas le cas, une analyse précise de l'ampleur des différents flux de patients sera très difficile, voire impossible.

Risques financiers pour les hôpitaux

Pour le moment, la logique complexe du système de financement des hôpitaux ne les incite pas à attirer un grand nombre de patients étrangers, à moins qu'ils n'aient des lits vides. Une augmentation sensible du nombre de patients étrangers pourrait néanmoins créer des problèmes financiers. C'est la raison pour laquelle le KCE propose des mécanismes de financement alternatifs, comme un budget séparé pour les patients étrangers ou un financement forfaitaire par pathologie.

Pas encore de listes d'attente, mais à suivre de près

Jusqu'à présent aucun hôpital n'a encore signalé l'existence de listes d'attente, mais les hôpitaux ne suivent pas vraiment la question. Il est vraisemblable que les patients étrangers ne font encore que remplir des lits qui sinon resteraient vides. Une modification du système de financement permettrait peut-être d'éviter des problèmes financiers mais pourrait rendre simultanément plus attractif l'afflux de patients étrangers avec le risque qu'ils reçoivent la préférence par rapport aux patients belges.

Afin d'éviter cette situation, il conviendrait de mettre en place un système de surveillance des listes d'attente dans les arrondissements où l'afflux de patients étrangers augmente brusquement de façon significative. Ce serait une manière de garantir une bonne accessibilité des soins pour les patients belges. Cette tâche pourrait être confiée à l'Observatoire de la mobilité des patients qui est opérationnel depuis peu.

Le texte intégral du rapport est disponible sur le site internet du KCE : <http://kce.fgov.be> (rubrique « publications ») sous la référence KCE Reports 169B.

TROISIÈME SYMPOSIUM DU GBS SUR LA RADIOPROTECTION

Le symposium organisé le 19 novembre 2011 par le GBS en collaboration avec le GBS a connu un succès énorme. Le nombre maximum de places disponibles ayant été atteint, nous n'avons plus été en mesure d'accepter de nouvelles inscriptions à partir du 3 novembre 2011. Plus de 60 inscriptions ont été refusées. Compte tenu de ce succès important et en concertation avec l'AFCN, il a été décidé d'organiser un troisième – et provisoirement dernier – symposium sur la radioprotection. Par conséquent, nous ne pouvons que vous recommander de vous inscrire sans tarder. La capacité maximale de la salle est fixée à 420 places.

**SYMPOSIUM DU GBS en collaboration avec l'AFCN :
RADIOPROTECTION
21.04.2012**

08.30-08.45	Accueil	
08.45-08.55	Introduction à la radioprotection	Dr P. VAN DER DONCKT AFCN
08.55-09.20	Normes de radioprotection et pratique médicale : progrès, défis et perspectives	M. T. CLARIJS AFCN
09.20-09.45	Nouvelles applications - Cone beam CT et son utilisation en imagerie musculo-squelettique	
09.45-10.15	Les effets sur la santé de l'exposition aux rayons X : nouvelles données et nouveaux concepts depuis 2000	Prof. Dr H. THIERENS UGent
10.15-10.25	Questions et discussion	
10.25-10.55	Pause café	
10.55-11.25	Aspects pratiques de la radioprotection en fluoroscopie	Mme Fr. MALCHAIR
11.25-11.50	Optimisation de l'utilisation de l'imagerie médicale : initiatives au niveau du SPF Santé publique	SPF Santé publique
11.50-12.00	Questions et discussion	

Accréditation demandée en Ethique & Economie



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° INAMI : **Adresse :**

Nom : **Code postal :**

Prénom : **Localité :**

Spécialité : **E-mail :**

Je participerai au symposium du 21.04.2012 et verse la somme de :

Avant le 02.04.2012 A partir du 02.04.2012

Membres	40 €	55 €
Non-membres	75 €	90 €
Candidats spécialistes	10 €	10 €

Sur place 105 €

**sur le compte IBAN : BE 53 06 82 09 57 11 53 (BIC : GKCCBEBB) du GBS
avec mention du nom du participant, du numéro INAMI et
de "Symposium Radioprotection 21.04.2012" en communication**

Date / Signature :

Lieu

EMS - HUB / EHSAL Management School
Rue d'Assaut 6 – 1000 Bruxelles

Renseignements et inscriptions

Secrétariat GBS
Raf Denayer
Avenue de la Couronne 20 – 1050 Bruxelles
Tél. : 02/649 21 47 Fax : 02/649 26 90
e-mail : raf@vbs-gbs.org

**PROGRAMME DE SOINS POUR ENFANTS :
REPORT DE 2 ANS DE L'OBLIGATION DE DISPOSER DE 4 PEDIATRES ETP**

26 OCTOBRE 2011. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée (M.B. du 30.11.2011)

Article 1er. Dans l'article 25, § 2, de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée, [...], les mots 'A partir du 1er janvier 2012' sont remplacés par les mots 'A partir du 1er janvier 2014'.

**NOMENCLATURE : ARTICLES 3, § 1er, B et C, II, et 32, § 1er
(prestations techniques médicales, anatomo-pathologie)
(en vigueur à partir du 01.07.2009)**

13 NOVEMBRE 2011. - Arrêté royal modifiant les articles 3, § 1er, B et C, II, et 32, § 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 12.12.2011 – p. 72946)

Article 1er. A l'article 3 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, [...], les modifications suivantes sont apportées :

1° au § 1er, B, la première règle d'application qui suit la prestation 114030-114041 est remplacée comme suit :

« La prestation 114030-114041 peut être portée en compte au maximum une seule fois par période couvrant deux années civiles. »;

2° au § 1er, C, II, la première règle d'application qui suit la prestation 149612-149623 est remplacée comme suit :

« La prestation 149612-149623 peut être portée en compte au maximum une seule fois par période couvrant deux années civiles. »

Art. 2. A l'article 32, § 1er, de la même annexe, [...], les modifications suivantes sont apportées :

1° la quatrième règle d'application qui suit la prestation 588873-588884 est remplacée comme suit :

« Les prestations 588350-588361 et 588873-588884 ne peuvent être portées en compte qu'une seule fois par période couvrant deux années civiles. »;

2° dans la troisième règle d'application qui suit la prestation 588895-588906, les mots "par an" sont remplacés par les mots "par année civile";

3° la règle d'application suivante est insérée avant les règles d'application qui suivent la prestation 588932-588943 :

« La prestation 588932-588943 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par période couvrant deux années civiles. »;

4° la règle d'application suivante est insérée avant les règles d'application qui suivent la prestation 588954-588965 :

« La prestation 588954-588965 peut être portée en compte deux fois par année civile, jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif. »

Art. 3. L'article 32, § 9, de la même annexe, [...], est abrogé.

Art. 4. Le présent arrêté produit ses effets le 1er juillet 2009.

NOMENCLATURE :

**ARTICLES 11, §§ 1er, 4 et 5, 13, § 1er, 14, b), e), et j), 15, § 8, 20, § 1er, et 25, § 1er
(prestations spéciales générales, anesthésie-réanimation, neurochirurgie, chirurgie thoracique,
urologie, gastro-entérologie, cardiologie, surveillance des bénéficiaires hospitalisés)**

(en vigueur à partir du 01.01.2012)

26 OCTOBRE 2011. - Arrêté royal modifiant les articles 11, §§ 1er, 4 et 5, 13, § 1er, 14, b), e), et j), 15, § 8, 20, § 1er, et 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 25.11.2011 – p. 69951)

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° dans le paragraphe 1er,

a) les prestations suivantes sont insérées après la règle d'application qui suit la prestation 354292-354303 :

"354351-354362

Implantation d'un système porte veineux totalement sous-cutané (type port-à-cath) K 60

La prestation 354351-354362 n'est pas cumulable avec la prestation 354056-354060.

354373-354384

Implantation, enlèvement ou remplacement, via une intervention chirurgicale, d'un implant actif avec le fil conducteur ou le câble d'extension éventuels mais sans les électrodes ou autres accessoires K 60";

b) le libellé de la prestation 354056-354060 est remplacé comme suit :

"Implantation d'un réservoir de médicaments sous-cutané lié à un cathéter pour l'administration continue de médicaments via un système de pompe";

c) la règle d'application suivante est insérée après la prestation 354056-354060 :

"L'installation et le démarrage fonctionnel de la pompe programmable font partie de la prestation 354056-354060.";

2° dans le paragraphe 4, la prestation 355913-355924 et les deux règles d'application qui la suivent sont abrogées;

3° le paragraphe 5 est complété comme suit :

"355913-355924

Supplément aux prestations n° s 355353-355364, 355375-355386, 355434-355445, 355456-355460, 355552-355563, 355596-355600, 355611-355622, 355633-355644, 355670-355681, 355714-355725, 355751-355762, 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985, 475996-476000, lorsque celles-ci sont effectuées sous contrôle échographique ou radiologique K 20

La prestation n° 355913-355924 n'est pas cumulable avec l'examen radiologique ou échographique correspondant.

Lorsque les prestations nos 355736-355740 et 355891-355902 sont effectuées au moyen d'imagerie tomographique par ordinateur, l'examen correspondant au moyen d'imagerie sans moyen de contraste n° 458813-458824 peut également être porté en compte."

Art. 2. A l'article 13 (*ndlr : réanimation*), § 1er, de la même annexe, [...], le libellé de la prestation 212111-212122 est remplacé comme suit :

"Défibrillation électrique du coeur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du coeur par pacemaker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110-229121, 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985, 475996-476000".

Art. 3. A l'article 14, b), de la même annexe, [...], 14, e), [...], et 14 j), [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au b), (*ndlr : neurochirurgie*)

a) les prestations 232470-232481, 232816-232820, 232831-232842, 232853-232864, 232875-232886 et 232890-232901 sont abrogées;

b) les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées avant la prestation 232492-232503 :

"232330-232341

Implantation stéréotaxique d'une électrode définitive pour la stimulation cérébrale profonde - unilatérale. K 700

232352-232363

Implantation stéréotaxique d'une électrode définitive pour la stimulation cérébrale profonde - bilatérale. K 1050

Si les prestations 232330-232341 et 232352-232363 sont effectuées dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %.

Le contrôle neurophysiologique par macro-stimulation, la programmation et le contrôle du fonctionnement sont compris dans les prestations 232330-232341 et 232352-232363.

232374-232385

Supplément pour le micro-enregistrement de l'activité neuronale à l'aide d'une ou plusieurs électrode(s) d'essai K 250

La prestation 232374-232385 peut être attestée uniquement en combinaison avec la prestation 232330-232341 ou la prestation 232352-232363.

232396-232400

Tests invasifs (par exposition chirurgicale) d'un système de stimulation cérébrale profonde K 180";

c) les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 232492-232503 :

"232411-232422

Enlèvement d'une ou plusieurs électrode(s) multipolaire(s) après l'échec d'une thérapie d'essai ou pour une raison médicale K 90

232433-232444

Programmation d'une pile interne ou externe d'un neurostimulateur, y compris la mesure des différents paramètres et le protocole K 15

Les prestations 232411-232422, 232433-232444 et 232492-232503 sont aussi remboursées si elles sont effectuées par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

La prestation 232433-232444 ne peut pas être cumulée avec la prestation 232492-232503.

La prestation 232433-232444 est remboursable 2 fois par an au maximum. Cette restriction ne s'applique pas dans les trois mois qui suivent l'implantation ni dans un cas d'urgence exceptionnelle documenté dans le dossier médical.

232455-232466

Mise en place percutanée d'une électrode définitive pour la stimulation du nerf vague chez des patients épileptiques K 80

Si les prestations 232470-232481, 232816-232820, 232492-232503 ou 232455-232466 sont effectuées dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %.";

d) le libellé et la valeur relative de la prestation 232492-232503 sont remplacés comme suit :

"(Re) mise en place percutanée ou chirurgicale, dans l'espace épidual, d'une ou de deux électrode(s) multipolaire(s) pour la stimulation de la moelle épinière K 186";

2° au e), (**ndlr : chirurgie thoracique**)

a) les prestations 229132-229143 et 229176-229180 sont abrogées;

b) le libellé et la valeur relative de la prestation 229110-229121 sont remplacés comme suit :

"Mise en place d'électrodes dans le myocarde ou dans l'épicarde via thoracotomie ou thoracoscopie. N 457;

c) les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 229110-229121 :

"La prestation 229110-229121 ne peut pas être cumulée avec les prestations 475856-475860, 475871-475882, 475893-475904 et 589433-589444.

Si la prestation 229110-229121 est effectuée dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %.";

d) la règle d'application suivante est insérée après la règle d'application qui suit la prestation 229655-229666 :

"La prestation 229655-229666 ne peut pas être cumulée avec la prestation 354373-354384.";

3° au j) (**ndlr : urologie**), les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 262150-262161 :

"262474-262485

Mise en place d'une électrode épidurale définitive pour la stimulation du nerf sacré, y compris le contrôle du fonctionnement K 75

262496-262500

Mise en place d'une électrode épidurale temporaire reliée à un stimulateur externe, à titre de thérapie d'essai en vue de la stimulation du nerf sacré, y compris le contrôle du fonctionnement K 75

La mise en place n'est remboursée qu'une seule fois par patient, soit dans le cadre d'une thérapie d'essai, à condition que l'électrode reste in situ après l'essai réussi (prestation 262474-262485), soit après la réussite d'une thérapie d'essai effectuée avec une électrode temporaire (prestation 262496-262500).

262511-262522

Enlèvement de l'extension temporaire utilisée pour la thérapie d'essai en vue de la stimulation du nerf sacré K 40

262533-262544

Remplacement d'une électrode définitive pour la stimulation du nerf sacré K 70

262555-262566

Contrôle du fonctionnement du neurostimulateur pour la stimulation du nerf sacré K 23

Si la prestation 262474-262485 ou 262533-262544 est effectuée dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %."

Art. 4. A l'article 15, § 8, de la même annexe, [...], le deuxième alinéa est abrogé. (*ndlr : neurochirurgie, anesthésie-réanimation*)

Art. 5. A l'article 20, § 1er, de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au c) (*ndlr : gastro-entérologie*), au premier alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 473911-473922, les numéros d'ordre "244333-244344" sont supprimés;

2° au e) (*ndlr : cardiologie*),

a) les prestations et règle d'application suivantes sont insérées avant la prestation 475930-475941 :

"475974-475985

Mise en place percutanée d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse K 188

475996-476000

Remplacement d'une ou plusieurs électrode(s) intracavitaire(s) permanente(s) par voie transveineuse. . . . K 99

La prestation 475996-476000 ne peut pas être cumulée avec la prestation 589433-589444.";

b) la règle d'application suivante est insérée avant les règles d'application qui suivent la prestation 475893-475904 :

"Les prestations 475856-475860, 475871-475882 et 475893-475904 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000.";

c) la valeur relative de la prestation 475930-475941 est remplacée par "K 108";

d) la valeur relative de la prestation 475952-475963 est remplacée par "K 248";

e) les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 475952-475963 :

"Les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475986-476000 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 469114-469125.

Si les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 sont effectuées dans le même temps opératoire que la prestation 354373-354384, chaque prestation est honorée à 100 %.

Les prestations 475930-475941, 475952-475963, 475974-475985 et 475996-476000 sont aussi remboursées si elles sont effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie."

Art. 6. A l'article 25 (*ndlr : surveillance des bénéficiaires hospitalisés*), § 1er, de la même annexe, [...], au deuxième alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 597800, le numéro d'ordre "229176" est supprimé de la liste limitative.

Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**NOMENCLATURE : ARTICLES 12, §§ 1er, e), 4, c) et d), 5 et 6, et 17ter, A, 9°
(anesthésiologie et radiodiagnostic pour connexistes)**

(en vigueur à partir du 01.02.2012)

13 NOVEMBRE 2011. - Arrêté royal modifiant les articles 12, §§ 1er, e), 4, c) et d), 5 et 6, et 17ter, A, 9°, 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 12.12.2011 – p. 72945)

Article 1er. A l'article 12 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° le paragraphe 1er, e), est complété comme suit :

« 202856-202860

Honoraires complémentaires par séance pour l'utilisation de l'imagerie médicale pour les prestations 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 et 202790-202801 K 20;

2° dans le libellé des prestations 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202510-202521, 202576-202580, 202635-202646, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786, 202790-202801, les mots "de l'amplificateur de brillance" sont remplacés chaque fois par les mots "de l'imagerie médicale";

3° dans l'intitulé qui précède les prestations 202451-202462, 202532-202543, 202591-202602, 202650-202661, les mots "de l'amplificateur de brillance" sont remplacés chaque fois par les mots "de l'imagerie médicale";

4° au paragraphe 4, le d) est remplacé comme suit :

« d) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202495-202506, 202473-202484, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 et 202790-202801 mentionnées dans la rubrique e) ne peuvent pas être cumulés au cours de la même séance avec les honoraires pour les prestations d'imagerie médicale des articles 17, 17bis, 17ter ou 17quater. »;

5° au paragraphe 5, les mots " et 202812-202823" sont remplacés par les mots ", 202812-202823 et 202856-202860";

6° au paragraphe 6, les mots "et 202834-202845" sont remplacés par les mots ", 202834-202845 et 202856-202860";

7° l'article 12 est complété par le paragraphe 7 rédigé comme suit :

« § 7. Les prestations 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786, 202790-202801, 202812-202823, 202834-202845 et A1-H1 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé en tant que médecin spécialiste en radiodiagnostic qui est familiarisé avec des techniques interventionnelles, sur prescription du médecin traitant. ».

Art. 2. A l'article 17ter, A, 9°, de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° dans le libellé de la prestation 469114-469125, les mots "ou à l'occasion d'une prestation de l'article 12 e), traitement de la douleur chronique, avec utilisation de l'amplificateur de brillance" sont abrogés;

2° dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 469114-469125, les mots "La prestation n° 469114 - 469125 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance; si des radiographies sont effectuées au cours de la même séance" sont remplacés par les mots "La prestation n° 469114-469125 ne peut être portée en compte qu'une fois par séance opératoire; si des radiographies sont effectuées au cours de la même séance opératoire".

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**NOMENCLATURE : ARTICLES 14, d), 15, § 15 et 25, § 1er
(chirurgie abdominale)**

(en vigueur à partir du 01.01.2012)

24 OCTOBRE 2011. - Arrêté royal modifiant les articles 14, d), 15, § 15 et 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 22.11.2011 – p. 69109)

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

1° les prestations 241054-241065, 241076-241080, 241091-241102, 241113-241124, 241135-241146, 241150-241161, 244694-244705, 244775-244786, 240494-240505, 240516-240520, 241290-241301, 241312-241323, 241334-241345, 241356-241360, 241371-241382, 241791-241802 et 241850-241861 sont abrogées;

2° l'intitulé "Prestations chirurgicales par voie laparoscopique" est abrogé;

3° la prestation 243353-243364 et les règles d'application qui la suivent sont abrogées;

4° les prestations suivantes sont insérées après la prestation 241032-241043 :

"241872-241883

Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice unilatérale N 200

241894-241905

Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice bilatérale N 325

241916-241920

Traitement chirurgical d'une hernie primaire de la paroi abdominale (en ce compris hernie ombilicale, hernie épigastrique, hernie spiegelhienne ou hernie lombaire) N 200

241931-241942

Traitement chirurgical d'une hernie incisionnelle de la paroi abdominale (en ce compris récurrence après traitement d'une hernie primaire de la paroi abdominale et hernies parastomales) N 400";

5° le libellé de la prestation 241032-241043 est remplacé comme suit :

"Hernie diaphragmatique ou hiatale par voie abdominale";

6° le libellé et la valeur relative de la prestation 241194-241205 sont remplacés comme suit :

"Traitement chirurgical de l'omphalocèle ou du laparoschisis chez un enfant de moins de 6 mois . . . N 600"

7° le libellé de la prestation 242373-242384 est remplacé comme suit :

"Laparoscopie ou laparotomie pour prélèvement biopsique du foie";

8° dans le libellé de la prestation 243331-243342, le mot "Laparotomie" est remplacé par le mot "Intervention";

9° le libellé de la prestation 243596-243600 est remplacé comme suit :

"Intervention pour hémorragie abdominale";

10° le libellé de la prestation 243611-243622 est remplacé comme suit :

"Intervention pour perforation d'un autre organe abdominal que l'appendice";

11° dans le libellé de la prestation 241776-241780, les mots "par laparotomie" sont supprimés;

12° dans le libellé de la prestation 241813-241824, les mots "par laparoscopie" sont supprimés;

13° dans le libellé de la prestation 241835-241846, les mots "par laparotomie" sont supprimés;

14° dans le libellé de la prestation 244731-244742, les numéros d'ordre "241791-241802" et "241850-241861" sont supprimés et les numéros d'ordre "241032-241043" sont insérés avant les numéros d'ordre "241393-241404";

15° l'article 14, d), est complété comme suit :

"Les prestations diagnostiques et thérapeutiques laparoscopiques ne peuvent pas être cumulées entre elles. Les prestations laparoscopiques thérapeutiques ne peuvent pas être cumulées dans le même champ opératoire au cours d'une même séance avec des prestations par laparotomie."

Art. 2. A l'article 15, § 15, de la même annexe, [...] (*ndlr* : **prestations effectuées chez les nouveau-nés et les nourrissons de moins de 6 mois**), les numéros d'ordre "241194-241205" sont supprimés.

Art. 3. A 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, [...] (*ndlr : surveillance des bénéficiaires hospitalisés*), dans la liste limitative de la règle d'application qui suit la prestation 597800, les numéros d'ordre "241091", "241150" et "241312" sont supprimés et les numéros d'ordre "241872", "241894" et "241916" sont insérés.

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**NOMENCLATURE : ARTICLE 17, § 1er, 11° et 12°
(radiodiagnostic)
(en vigueur à partir du 01.02.2012)**

7 NOVEMBRE 2011. - Arrêté royal modifiant l'article 17, § 1er, 11° et 12°, 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 06.12.2011)

Article 1er. A l'article 17, § 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au 11°,

a) dans le libellé de la prestation 458673-458684, les mots "et/ou du massif facial," sont abrogés;

b) les prestations suivantes sont insérées avant la prestation 458732-458743 :

« 459675-459686

Tomographie commandée par ordinateur (CT) avec moyen de contraste du massif facial N 180
459690-459701

Tomographie commandée par ordinateur (CT) ou tomographie à faisceau conique (Cone Beam) commandée par ordinateur (CBCT) sans moyen de contraste du massif facial N 117

c) la règle d'application qui suit la prestation 458894-458905 est remplacée par ce qui suit :

« Les prestations de tomographie commandée par ordinateur (CT) et de tomographie à faisceau conique (Cone Beam) commandée par ordinateur (CBCT) ne peuvent être portées en compte qu'après une période de 30 jours. »;

2° au 12°,

a) le point 11 du libellé de la prestation 460670 est remplacé par ce qui suit :

« 11) 458570, 458592, 458673, 459675, 459690, 458732, 458813, 458835, 458850, 458872, 458894, 459550, 459572, 459594, 459616, 459631 »;

b) le point 1 du libellé de la prestation 461016 est remplacé par ce qui suit :

« 1) 458570, 458592, 458673, 459675, 459690, 458732, 458813, 458835, 458850, 458872, 458894, 459550, 459572, 459594, 459616, 459631 ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**NOMENCLATURE :
ARTICLES 17, § 1er, 17ter, A et B, 20, § 1er, e), 24, § 2, 25, §§ 1er et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1er, a)
(radiodiagnostic, cardiologie, biologie clinique, surveillance des bénéficiaires hospitalisés,
suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le
week-end ou durant un jour férié, prestations interventionnelles)
(en vigueur à partir du 01.01.2012)**

26 OCTOBRE 2011. - Arrêté royal modifiant les articles 17, § 1er, 17ter, A et B, 20, § 1er, e), 24, § 2, 25, §§ 1er et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1er, 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 25.11.2011 – p. 69955)

Article 1er. A l'article 17 (*ndlr : radiodiagnostic*), § 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le 5° est remplacé par ce qui suit :

"453552-453563

Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence) N 270

Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans la prestation 453552-453563.

453154-453165

Artériographie digitale viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine. . . . N 300

453176-453180

Artériographie digitale viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères N 350

453235-453246

Angiographie digitale de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec la prestation n° 453294-453305, effectuée le même jour) N 160

453272-453283

Angiographie digitale de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs. . . . N 250

453574-453585

Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque N 850

Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical.

453596-453600

Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage. . . . N 950

Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical.

Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans les prestations 453574-453585 et 453596-453600.

Les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology".

En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie.

S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical.

Les prestations 453574-453585 et 453596-453600 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 476055-476066.

453294-453305

Artériographie digitale d'une ou des artères d'un membre N 140

453471-453482

Artériographie digitale peropératoire de l'artère carotide N 60

453316-453320

Angiographie digitale de la veine cave et/ou phlébographie viscérale N 160

453390-453401

Phlébographie digitale viscérale sélective après cathétérisme d'une veine viscérale à partir de son origine. . . . N 300

453412-453423

Phlébographie digitale viscérale sélective multiple après cathétérisme de plusieurs veines viscérales à partir de leur origine : quel que soit le nombre de veines N 300

453331-453342

Phlébographie digitale d'un membre ou d'un segment de membre N 125

Les honoraires pour les radiographies éventuelles des phases veineuses et capillaires sont compris dans les honoraires pour les artériographies.

Les prestations nos 453154-453165, 453176-453180, 453235-453246, 453272-453283, 453294-453305, 453316-453320, 453552-453563, 453574-453585 et 453596-453600 comprennent les examens éventuels sans produit de contraste au cours de la même vacation."

Angiographies de soustraction digitale.

Angiographie de soustraction digitale après administration intraveineuse de produit de contraste quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, quel que soit le nombre de régions ou organes explorés, y compris toutes les manipulations, avec documentation sur film transparent des images significatives :

453515-453526

Avec placement d'un cathéter dans la veine cave N 190

453530-453541

Les autres cas N 140

Les prestations nos 453515-453526 et 453530-453541 ne sont pas cumulables avec les prestations nos 450531-450542 et 459211-459222, 459233-459244, 459255-459266.

Les artériographies de soustraction digitale après administration intra-artérielle locale de produit de contraste peuvent être portées en compte conformément aux prestations prévues pour les artériographies non digitales.

Pour chaque région artérielle explorée telle qu'elle est décrite dans les prestations de la nomenclature, obtenue à partir d'une administration locale séparée de produit de contraste, quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, le numéro de la prestation correspondante peut être porté en compte. En lieu et place du nombre de clichés requis il faut fournir, pour chaque région qui est portée en compte, une documentation sur film transparent des images significatives. Les prestations nos 459211-459222, 459233-459244, 459255-459266 ne peuvent pas être portées en compte en supplément.";

2° au point 12°, dans le libellé de la prestation 460670, le point 5 est remplacé comme suit :

"5) 453154 à 453176, 453235, 453272 à 453294, 453471, 453316, 453390 à 453412, 453331, 453515 à 453530, 453552 ainsi que 453574 à 453596".

Art. 2. A l'article 17ter (*nldr : radiodiagnostic*), A et B, de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le 5° est remplacé par ce qui suit :

"464155-464166

Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence) N 270

Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans la prestation 464155-464166.

464236-464240

Angiographie digitale de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec la prestation n° 464295-464306, effectuée le même jour N 160

464273-464284

Angiographie digitale de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs. . . . N 250

464170-464181

Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque N 850

Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical.

464192-464203

Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage. . . . N 950

Une angiographie du ventricule gauche avec ou sans l'aorte thoracique, y compris le cathétérisme cardiaque gauche et le calcul de la fraction d'éjection du ventricule gauche font partie intégrante de la présente prestation excepté chez les patients dont la situation médicale ne permet pas une extension de

l'examen. Pour ces patients, la motivation médicale pour la limitation de l'examen est conservée dans le dossier médical.

Toutes les manipulations indispensables pour effectuer les examens sont comprises dans les prestations 464170-464181 et 464192-464203.

Les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology".

En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie.

S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical.

Les prestations 464170-464181 et 464192-464203 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation 476055-476066.

464295-464306

Artériographie digitale d'une ou des artères d'un membre N 140

464472-464483

Artériographie digitale peropératoire de l'artère carotide N 60

464310-464321

Angiographie digitale de la veine cave et/ou phlébographie viscérale N 160

464332-464343

Phlébographie digitale d'un membre ou d'un segment de membre N 125

Les prestations nos 464155-464166, 464170-464181, 464192-464203, 464236-464240, 464273-464284, 464295-464306 et 464310-464321 comprennent les examens éventuels sans produit de contraste au cours de la même vacation.

Angiographies de soustraction digitale.

Angiographie de soustraction digitale après administration intraveineuse de produit de contraste quel que soit le nombre d'injections de produit de contraste, quel que soit le nombre de régions ou organes explorés, y compris toutes les manipulations, avec documentation sur film transparent des images significatives :

464516-464520

Avec placement d'un cathéter dans la veine cave N 190

464531-464542

Les autres cas N 140

Les prestations nos 464516-464520 et 464531-464542 ne peuvent pas être cumulées avec la prestation n° 461532-461543.";

2° au B, 2°, le point e), est remplacé comme suit :

"e) 463691-463702, 463713-463724, 464155-464166, 464170-464181, 464192-464203, 464236-464240, 464516-464520, 464531-464542, lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en cardiologie;"

Art. 3. A l'article 20, § 1er, e) (*ndlr : cardiologie*), de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° le libellé en néerlandais de la prestation 476011-476022 est remplacé comme suit :

"langs veneuze weg";

2° le libellé de la prestation 476033-476044 est remplacé comme suit :

"par voie artérielle avec ponction transseptale";

3° le libellé en néerlandais de la prestation 476055-476066 est remplacé comme suit :

"langs arteriële weg";

4° à la prestation 476070-476081,

a) le libellé et la valeur relative sont remplacés comme suit :

"par voies veineuse et artérielle K 750";

b) les règles d'application suivantes sont insérées :

"Les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 ne sont remboursables que si elles ont été demandées et effectuées selon les "guidelines" de la "European Society of Cardiology".

En cas de cardiopathie ischémique chronique, les prestations 476011-476022, 476033-476044, 476055-476066 et 476070-476081 ne peuvent être portées en compte qu'après avoir effectué au moins un test

préalable d'ischémie fonctionnelle du myocarde (test d'effort, écho-stress, scintigraphie de stress du myocarde) qui démontre l'ischémie.

S'il est dérogé à ces conditions, la motivation détaillée est conservée dans le dossier médical.";

5° dans le premier alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 476313-476324, les numéros d'ordre "476195-476206" sont supprimés;

6° la règle d'application qui précède la prestation 476195-476206 abrogée, est abrogée;

7° la prestation 476195-476206 est abrogée;

8° les numéros d'ordre "476195-476206" se trouvant dans la liste qui suit la prestation 476652-476663 sont supprimés.

Art. 4. A l'article 24 (*ndlr : biologie clinique*), § 2, de la même annexe, [...], au premier alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 591135-591146 sont apportées les modifications suivantes :

1° les numéros d'ordre "453073-453084", "453095-453106", "453110-453121", "453132-453143", "464074-464085", "464096-464100", "464111-464122" et "464133-464144" sont supprimés de la liste limitative;

2° les numéros d'ordre "453574-453585" et "453596-453600" sont insérés entre les numéros d'ordre "453316" et "454016";

3° les numéros d'ordre "464170-464184" et "464192-464203" sont insérés entre les numéros d'ordre "462814" et "464236".

Art. 5. A l'article 25 (*ndlr : surveillance des bénéficiaires hospitalisés*), §§ 1er et 3, de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 1er, au deuxième alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 597800, les numéros d'ordre "453132" et "464133" sont supprimés de la liste limitative et les numéros d'ordre "453574", "453596", "464170" et "464192" sont insérés après le numéro d'ordre "241312";

2° au § 3, au cinquième alinéa des règles d'application qui suivent la prestation 590332, sont apportées les modifications suivantes :

a) les numéros d'ordre "453073", "453095", "453110", "453132", "464074", "464096", "464111" et "464133" sont supprimés de la liste limitative;

b) les numéros d'ordre "453574" et "453596" sont insérés après le numéro d'ordre "453316";
les numéros d'ordre "464170" et "464192" sont insérés après le numéro d'ordre "462814".

Art. 6. A l'article 26 (*ndlr : suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié*), § 9, de la même annexe, [...], et § 12, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 9, au premier alinéa, les numéros d'ordre "453095-453106" sont supprimés de la liste et les numéros d'ordre "453574-453585" et "453596-453600" sont insérés entre les numéros d'ordre "453530-453541" et "454016-454020";

2° au § 12, les numéros d'ordre "464096-464100" sont supprimés de la liste et les numéros d'ordre "464170-464181" et "464192-464203" sont insérés après les numéros d'ordre "463794-463805".

Art. 7. A l'article 34 (*ndlr : prestations interventionnelles*), § 1er, a), de la même annexe, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° la prestation et la règle d'application suivantes sont insérées après les règles d'application qui suivent la prestation 589035-589046 :

"589735-589746

Supplément d'honoraires pour l'exécution d'une mesure d'une Fraction Flow Reserve au cours de la prestation 589013-589024 I 27

La prestation 589735-589746 ne fait pas partie des contrôles normaux visés sous la prestation 589013-589024 et ne peut être remboursée que si elle est effectuée en vue d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs stents chez un patient atteint de "multivessel disease".";

2° dans les règles d'application qui suivent la prestation 589035-589046, la phrase "Les prestations 589013-589024 et 589035-589046 sont cumulables au cours d'une même séance avec la prestation 453110-453121, ou avec la prestation 453132-453143 ou avec la prestation 464111-464122 ou avec la prestation 464133-464144." est remplacée par la phrase "Les prestations 589013-589024 et 589035-589046 sont cumulables au cours d'une même séance avec la prestation 453574-453585 ou avec la prestation 453596-453600 ou avec la prestation 464170-464181 ou avec la prestation 464192-464203."

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

APERCU DE DIVERSES MODIFICATIONS DE LA NOMENCLATURE

Article 20, §§ 1er, a) et c), et 2 (médecine interne, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, gériatrie, oncologie médicale, rhumatologie, soins intensifs, chirurgie, anesthésie-réanimation, oto-rhino-laryngologie, médecine d'urgence, médecine aiguë) : A.R. du 26.10.2011 (M.B. du 25.11.2011 – p. 69960). Nous vous renvoyons également à la rubrique suivante sur notre site Internet :

Article 20 de la nomenclature
Médecine interne - 01.01.2012

Article 35 (implants : orthopédie et traumatologie) : A.R. du 07.11.2011 (M.B. du 25.11.2011 – p. 69963).
Article 35bis (implants : neurochirurgie) : A.R. du 07.11.2011 (M.B. du 25.11.2011 – p. 69964).

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

REUNIONS SCIENTIFIQUES

SYMPOSIUM 'RÉHABILITATION ONCOLOGIQUE : RÉALISABLE?' Ostende (Centre de Santé "Villa Royale") – 14 janvier 2012

Les places sont limitées. Inscriptions par e-mail : symposium@bzio.be
Une traduction simultanée français-néerlandais et néerlandais-français est prévue
3,5 points d'accréditation en rubrique 6 (Ethique et Economie) ont été accordés.

Programme : consultable sur notre site Internet <http://www.gbs-vbs.org>

Organisation : Médecins de l'Institut Maritime Belge d'Orthopédie (Médecine physique et réadaptation)

30th GEEW

(Gastroenterology and Endotherapy European Workshop)
Brussels Exhibition Centre – Monday, June 18, to Wednesday, June 20, 2012

This course is intended for practicing gastroenterologists and surgeons with varying levels of experience in endoscopy, for those interested in advanced endosurgical procedures, for fellows in training as well as for GI nurses. It will include live video demonstrations permitting maximal interaction between faculty and attendees during procedures, using interactive voting system, evidence based didactic comments and questions & answers sessions.

Official language :

English with simultaneous translation into French

For further information :

Mrs Nancy BEAUPREZ, Course Coordinator, Gastroenterology Department, Erasme Hospital,
tel. : 02/555.49.00, fax : 02/555.49.01,
e-mail : nancy-beauprez@erasme.ulb.ac.be, www.live-endoscopy.com

ANNONCES

- 11079 **FRANCE** : Centre médico-chirurgical privé, situé à Morlaix (Bretagne) de 82 lits et places, proximité de la mer, 8000 interventions/an, orientation oncérologie, certifié sans réserve, propose une opportunité de carrière à des **CHIRURGIENS DANS CHACUNE DES DISCIPLINES SUIVANTES : ORTHOPEDIE, DIGESTIF, UROLOGIE, ORL**, pour faire face à son développement et anticiper des départs à la retraite. Conditions d'accueil privilégiées et renseignements sur demande à : direction@cmc-morlaix.fr ou E. PERROT tél. : 00.33.2.98.62.36.36.
- 11109 **TOURNAI** : Le Centre Hospitalier de Wallonie picarde recherche des **MEDECINS SMA OU SMU** afin de renforcer l'équipe du service des urgences. Conditions intéressantes. Contact : Dr Nickels - 069/25.56.63 ou direction.medicale@chwapi.be
- 11110 **TOURNAI** : Le Centre Hospitalier de Wallonie picarde recherche un **INFECTIOLOGUE** plein temps. Contact : Dr J-C Vandewalle - 069/25.80.49 ou direction.medicale@chwapi.be
- 11111 **GHLIN (MONS) : A LOUER** cabinet médical comprenant salle d'attente-sas avec placard-WC. Cabinet médical 30 m² avec meuble lavabo neuf. Très lumineux et agréable : fenêtre sur jardin. Ligne téléphonique, interphone, parking aisé. Chauffage, éclairage, eau, nettoyage locaux. 750 €/mois tout compris. Tél. : 065/84.52.45 (de 18 h à 21 h).
- 11112 **SOIGNIES** : CHR de la Haute Senne recrute **ANESTHÉSISTE** temps plein. Envoyer candidature alain.juvenois@chrhautesenne.be ou tél. : 067/348.789.
- 11113 **SOIGNIES/BRAINE-L'ALLEUD** : Le CHR de la Haute Senne, hôpital général à Soignies, et l'Association Le Domaine-ULB, hôpital psychiatrique à Braine-l'Alleud, souhaitent s'adjoindre conjointement la collaboration d'un **PSYCHIATRE** pour assurer des consultations dans les deux hôpitaux, la psychiatrie de liaison au CHR et organiser les transferts entre les deux hôpitaux. Renseignements : • Pour le CHR de la Haute Senne :

Table des matières

• Accord médico-mutualiste du 21 décembre 2011	1
• Position de l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésie-réanimation concernant la sédation et la MAC (monitored anesthesia care)	2
• Journée d'étude de l'A.P.S.A.R. Anaesthesia for Anaesthesiologists ? (28.01.2012).....	5
• Médecine physique et réadaptation : lettre ouverte SRBMPR – GBS – ABSyM (05.12.2011)	6
• Symposium du GBS "L'autonomie professionnelle du médecin spécialiste et ses limites" (04.02.2012).....	8
• Assemblée générale de l'Union professionnelle belge des médecins spécialistes en soins intensifs (16.02.2012).....	9
• Croissance du nombre de patients étrangers dans les hôpitaux belges, même si le phénomène reste encore limité (<i>Communiqué de presse du KCE – 25.11.2011</i>)	9
• Troisième symposium du GBS sur la radioprotection (21.04.2012)	10
• Programme de soins pour enfants : report de 2 ans de l'obligation de disposer de 4 pédiatres ETP	12
• Nomenclature : articles 3, § 1er, B et C, II, et 32, § 1 ^{er} (<i>prestations techniques médicales, anatomo-pathologie</i>)	12
• Nomenclature : articles 11, §§ 1er, 4 et 5, 13, § 1er, 14, b), e), et j), 15, § 8, 20, § 1er, et 25, § 1 ^{er} (<i>prestations spéciales générales, anesthésie-réanimation, neurochirurgie, chirurgie thoracique, urologie, gastro-entérologie, cardiologie, surveillance des bénéficiaires hospitalisés</i>)	13
• Nomenclature : articles 12, §§ 1er, e), 4, c) et d), 5 et 6, et 17ter, A, 9° (<i>anesthésiologie et radiodiagnostic pour connexistes</i>)	16
• Nomenclature : articles 14, d), 15, § 15 et 25, § 1 ^{er} (<i>chirurgie abdominale</i>)	17
• Nomenclature : article 17, § 1er, 11° et 12° (<i>radiodiagnostic</i>)	18
• Nomenclature : articles 17, § 1er, 17ter, A et B, 20, § 1er, e), 24, § 2, 25, §§ 1er et 3, 26, §§ 9 et 12, et 34, § 1er, a) (<i>radiodiagnostic, cardiologie, biologie clinique, surveillance des bénéficiaires hospitalisés, suppléments d'honoraires pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, prestations interventionnelles</i>)	18
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature	23
• Réunions scientifiques.....	23
• Annonces.....	23

LE GBS VOUS SOUHAITE UNE BONNE ET HEUREUSE ANNEE 2012 !

L'ACCORD MEDICO-MUT ET LES NOUVEAUX TARIFS 2012

Pour être informé rapidement par e-spécialiste de la publication de l'accord au Moniteur belge ainsi que des nouveaux tarifs 2012, il vous suffit de communiquer votre adresse e-mail au secrétariat du GBS par fax au 02/649.26.90 ou par e-mail à raf@vbs-gbs.org.

Le Dr souhaite être informé par voie électronique.

e-mail