

---

# 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° 1 / JANVIER 2013**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

**APERÇU DES CADEAUX DE NOUVEL AN  
DE LAURETTE ONKELINX À L'ATTENTION DES MÉDECINS**

**VERS UN ACCORD 2013/2014? OUI/NON/PEUT-ÊTRE  
TARIFS BLOQUÉS JUSQU'AU 31.03.2013 AU PLUS TARD**

Les divergences idéologiques entre les partenaires au sein de la médico-mut et avec la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Laurette Onkelinx étaient telles à la fin de l'année dernière qu'il n'a pas été possible de conclure un nouvel accord dans le délai défini par la loi. Les négociations ont été suspendues à la fin de l'année passée à la demande de l'ABSyM. Au vu des amendements apportés à la maudite loi sur le régime obligatoire du tiers payant "social" et sur l'interdiction des honoraires libres pour les médecins non conventionnés pour les patients hospitalisés en chambre à deux lits ou en salle commune, le Conseil d'administration de l'ABSyM a décidé, le 09.01.2013, de s'asseoir à nouveau à la table des négociations. Les négociations en vue d'un accord 2013/2014 ont repris le 10 janvier 2013. Au moment de la mise sous presse, aucune fumée blanche ne s'élevait encore à l'horizon mais il y a à nouveau une concertation. Une nouvelle séance plénière de la médico-mut est prévue le 23 janvier 2013. D'ici là, plusieurs gros dossiers budgétaires difficiles doivent encore être clarifiés. Si un accord est trouvé le 23.01.2013, le Conseil général de l'INAMI pourra éventuellement approuver et transmettre cet accord à la ministre Onkelinx le 28 janvier 2013. Si cette dernière approuve à son tour l'accord, les nouveaux tarifs pourraient entrer en vigueur le 01.02.2013.

Une insécurité tarifaire menaçait les patients à partir du 01.01.2013. Conformément aux dispositions en vigueur jusqu'au 31.12.2012, les tarifs étaient en principe libres à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013, non seulement bien évidemment pour les médecins déconventionnés mais également pour les médecins conventionnés. La ministre L. ONKELINX a inséré in extremis la disposition suivante, au moyen d'un amendement, dans la loi-programme du 27 décembre 2012 publiée au Moniteur belge du 31 décembre 2012 :

*"Art. 16. Pour les médecins qui n'ont pas refusé d'adhérer à l'accord national médico-mutualiste du 21 décembre 2011, les honoraires fixés dans cet accord restent d'application jusqu'à la date d'entrée en vigueur d'un nouvel accord national médico-mutualiste ou d'un document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et ce jusqu'au 31 mars 2013 au plus tard."*

Compte tenu de cette disposition, les tarifs de l'accord du 21.12.2011 qui étaient normalement applicables jusqu'au 31 décembre 2012 doivent obligatoirement être appliqués par les médecins conventionnés, et ce jusqu'au 31 mars 2013 au plus tard ou jusqu'à ce qu'il y ait un nouvel accord.

En vertu de l'article 14 de cette même loi-programme, Laurette Onkelinx a fait en sorte, de manière retorse, qu'à l'avenir, il ne soit plus possible pour les médecins conventionnés de réclamer des honoraires libres durant la période entre le 31 décembre et la date d'entrée en vigueur d'un nouvel accord. Cette période peut couvrir plusieurs semaines dans la mesure où il peut facilement s'écouler des semaines entre la conclusion d'un accord – généralement à la fin du mois de décembre – et la publication de cet accord au Moniteur belge. Après la publication, les médecins disposent encore de 30 jours pour éventuellement manifester leur refus d'adhésion à l'accord. Ensuite, l'administration de l'INAMI dispose au maximum de 15 jours pour effectuer le comptage du nombre de déconventionnements, après quoi l'accord entre effectivement en vigueur. Cette zone grise n'existera plus à l'avenir. Désormais, les médecins conventionnés devront appliquer les nouveaux tarifs du nouvel accord même si cet accord n'est pas encore entré en vigueur d'un point de vue strictement juridique :

*"Art. 14. Lorsqu'un nouvel accord est conclu ou qu'un nouveau document visé à l'article 51, § 1er, alinéa 6, 2°, existe, et que cet accord ou ce document couvre la période qui suit immédiatement un accord ou un document venu à expiration, les médecins et praticiens de l'art dentaire conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de l'accord ou du document venu à expiration, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion au nouvel accord ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord ou au nouveau document."*

Les membres qui ne reçoivent pas encore notre lettre d'information électronique sont invités à communiquer leur adresse e-mail à [delphine@vbs-gbs.org](mailto:delphine@vbs-gbs.org) s'ils souhaitent être informés en temps réel.

## **LOI DU 27 DÉCEMBRE 2012 PORTANT DES DISPOSITIONS DIVERSES EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ (M.B. DU 31.12.2012)<sup>1</sup>**

Nous reproduisons ci-après les deux dispositions ayant fait l'objet d'un lobbying intensif auprès des partis politiques ces derniers mois et qui ont empêché la conclusion d'un accord dans les délais définis par la loi.

Le régime du tiers payant social obligatoire. Le recours obligatoire au système du tiers payant est étendu à 2,2 millions de Belges quelle que soit leur situation financière et cela vaut pour toutes les prestations ambulatoires effectuées par le médecin généraliste et par le médecin spécialiste. Autrement dit, à l'avenir, non seulement le patient en situation financière précaire mais également tous les patients chroniques indépendamment de leur situation financière bénéficieront de ce système. Le lobbying a permis d'obtenir que la mesure ne soit pas introduite à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013 mais que cette entrée en vigueur soit reportée au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les prestations dans le cadre du tiers payant obligatoire pourront être communiquées via le système My Carenet.

Le deuxième obstacle important aura été l'interdiction de réclamer des honoraires libres (lisez des suppléments) dans les chambres à deux lits et dans les salles communes dans le chef des médecins non conventionnés. Un compromis à la belge a été concocté. L'interdiction de demander des honoraires libres aux patients hospitalisés dans les chambres à deux lits et dans les salles communes est maintenue et inscrite dans la loi. En ce qui concerne les prestations effectuées en hôpital de jour, une interdiction analogue a été instaurée mais est limitée aux prestations reprises nominativement sur une liste à établir par arrêté royal après avis de la médico-mut.

### **Art. 18 [...]**

« A partir du 1er janvier 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, et aux bénéficiaires du statut affection chronique visé à l'article 37vicies/1 pour les prestations médicales déterminées par le Roi, soit :

<sup>1</sup> Il vous est possible de consulter le texte intégral en cliquant sur le lien suivant.  
[http://www.gbs-vbs.org/lms/ms2013/ms1301/Loi\\_27-12-2012\\_MB\\_31-12-2012.pdf](http://www.gbs-vbs.org/lms/ms2013/ms1301/Loi_27-12-2012_MB_31-12-2012.pdf)

1° sur la base d'une proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la commission de conventions ou d'accords compétente à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;

3° sur la base de la proposition du ministre.

La procédure visée à l'alinéa 9, 3°, peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 9, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé. »

#### **Art. 26**

Art. 152. § 1er. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi après avis de la Commission nationale Médico-Mutualiste.

Le ministre peut demander que la Commission formule un avis dans un délai d'un mois. Si l'avis n'est pas formulé dans le délai voulu ou si le ministre ne peut s'y rallier, il peut soumettre sa propre proposition à la Commission. La Commission rend alors un avis sur cette proposition dans le délai d'un mois. Cet avis est considéré avoir été donné si l'avis n'a pas été formulé dans ce délai.

§ 2. Les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord au cas où un accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, ou des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur, que pour l'admission en chambre individuelle. Pour l'application du présent article, on entend par suppléments, les tarifs qui s'en écartent..

### **EXTENSION DU DOMAINE D'APPLICATION DES MONTANTS DE RÉFÉRENCE POUR LES HOSPITALISATIONS TERMINÉES APRÈS LE 31 DÉCEMBRE 2012**

Le système des montants de référence est étendu aux prestations effectuées en hôpital de jour. En outre, le calcul des dépenses médianes prend en compte toutes les prestations effectuées pendant la période de carence de 30 jours précédant une hospitalisation entrant en ligne de compte pour le calcul des montants de référence.

Toutes les prestations de biologie clinique, de radiologie et autres prestations médico-techniques énumérées à l'article 56ter§8 effectuées dans les 30 jours précédant l'intervention inscrite sur la liste des prestations entrant en considération pour le calcul des montants de référence seront par conséquent prises en compte pour la définition de la valeur médiane lors de la sélection des hôpitaux. Il n'est pas nécessaire que ces prestations aient été effectuées dans l'hôpital où l'intervention a finalement été réalisée.

Pour les prestations de biologie clinique, de radiologie et éventuellement les autres prestations médico-techniques qui n'ont pas été effectuées dans l'hôpital où l'intervention a finalement été réalisée, l'article 56 ter §11,9<sup>o2</sup> sera d'application. Cela signifie que les prestations qui n'ont pas été effectuées et portées en compte dans l'hôpital proprement dit seront déduites pour le calcul du montant à rembourser. Cette règle est destinée à éviter que les hôpitaux doivent faire les frais d'un comportement de prescription parfois irréfléchi de certains dispensateurs de soins à l'extérieur de l'hôpital.

Un autre point noir dont il n'a pas été tenu compte est le fait que toutes les prestations effectuées pendant cette période de carence n'ont pas nécessairement un lien direct avec l'intervention chirurgicale réalisée. Il est en effet possible que pendant les semaines précédant l'intervention, le patient souffre d'une pathologie aiguë et passagère nécessitant par exemple de la biologie clinique et de l'imagerie médicale. Ces dépenses non liées à l'intervention chirurgicale ne peuvent pas être prises en compte.

\* \* \* \* \*

---

<sup>2</sup> 9° Dans le cadre de l'application du paragraphe 11, 2°, les montants à rembourser par hôpital défini au paragraphe 5, 1°, b), sont réduits à concurrence du pourcentage des dépenses réelles réalisées au cours des admissions retenues pour l'application de l'article 56ter au sein de l'hôpital concerné pour les APR-DRG et les groupes de prestations entrant en ligne de compte dans le cadre des montants de référence.

**Arrêté royal du 18 décembre 2012 portant exécution de l'article 56ter, § 1er, et § 11, 2°, alinéa 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour ce qui concerne les montants de référence par admission (M.B. du 28.12.2012) (texte intégral)**

**Article 1er.** Conformément à l'article 56ter, § 1er, dernière phrase de la loi, l'application des montants de référence est étendu, suivant les modalités fixées à l'article 56ter, § 1er, première phrase, de la loi aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un forfait de journée comme visé dans la convention en vigueur en application de l'article 46 de la loi, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'hospitalisation à l'exception des prestations suivantes :

- 1° les prestations qui donnent lieu au paiement d'un mini-forfait visé dans la convention susvisée;
- 2° les prestations liées à l'utilisation de la salle de plâtre.

**Art. 2.** Conformément à l'article 56ter, § 11, 2°, pour le groupe de diagnostic défini au paragraphe 9, 1°, il est pris en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépenses médiane, toutes les prestations appartenant aux groupes de prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence.

**Art. 3.** Le présent arrêté s'applique aux admissions qui se clôturent après le 31 décembre 2012.

**Art. 4.** La ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

---

**FINANCEMENT DES REUNIONS DE GLEM**

L'arrêté royal du 12 décembre 2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale a (finalement) été publié au Moniteur belge du 27 décembre 2012. La publication de cet arrêté s'est fait attendre pratiquement deux années entières. En effet, l'accord médico-mut conclu le 13 décembre 2010 pour l'année 2011 contenait déjà la disposition suivante :

*"6.2. Afin d'éviter le financement des groupes locaux d'évaluation médicale (GLEMs) par l'industrie pharmaceutique, la Commission nationale médico-mutualiste décide d'affecter un montant de 1.360 milliers d'euros au financement public des GLEMs. La Commission nationale médico-mutualiste attirera l'attention de l'industrie du médicament, via ses représentants, sur le caractère indésirable de la poursuite d'un financement de sa part."*

Cette publication tardive n'est toutefois pas uniquement due à la mauvaise volonté de Laurette Onkelinx. Des mois durant, l'INAMI a dû mener une discussion avec le SPF Finances avant d'avoir une réponse concernant les implications fiscales de ce financement INAMI pour le fonctionnement des réunions de GLEM.

Pour pouvoir bénéficier du financement, le GLEM doit avoir organisé au moins 4 réunions GLEM auxquelles à chaque fois 3 membres au moins ont participé. Une seule réunion GLEM maximum par mois peut bénéficier d'un financement de l'INAMI. Concernant le nombre minimum de réunions à organiser par an, il y a des exceptions pour les GLEM créés ou dissous en cours d'année. En outre, le responsable du GLEM doit avoir communiqué toutes les informations utiles, à savoir la date de la réunion, le sujet et la liste des participants, via l'application web de l'INAMI dans le délai imparti, c'est-à-dire au plus tard à la fin du mois suivant le mois au cours duquel la réunion GLEM a eu lieu. Le montant du financement s'élève à 200 euros par réunion.

Nous pouvons rassurer quelque peu les responsables de GLEM qui n'auraient pas respecté ce délai scrupuleusement. Les réunions GLEM dont les données ont éventuellement été transmises tardivement ne peuvent certes pas bénéficier du financement de l'INAMI pour l'instant en vertu de l'A.R. du 12.12.2012 mais les participants à ces réunions conservent les credit points accordés à ces réunions. Les membres d'un GLEM dont le responsable aura envoyé les informations à l'INAMI trop tardivement ne pourront pas perdre leur accréditation pour ce motif.

Ce dispositif a provoqué un fort mouvement de protestation à l'INAMI car seule une petite moitié (833 sur ± 1650 GLEM) des responsables de GLEM a effectué sa déclaration dans les temps pour toutes les réunions de GLEM et les listes de présence (cf. infra article 3, 2° de l'A.R. du 12.12.2012). De ce fait, seuls 833 GLEM ont reçu un courrier leur donnant droit au financement de 800 euros. C'est en effet un scénario du tout ou rien.

Au terme d'un long débat dans le cadre de la réunion du groupe de direction de l'accréditation du 16.01.2013, il a été décidé de demander à la Commission nationale médico-mutualiste de proposer de toute urgence au ministre compétent une modification à l'A.R. de manière à ce que l'article 3, 2° de l'A.R. n'entre en vigueur que pour les réunions de GLEM tenues à partir du 01.01.2013. Le principal motif des problèmes rencontrés pour le financement des GLEM de 2011 et de 2012 réside dans la promulgation (12.12.2012) et la publication (27.12.2012) très tardives de l'A.R. Il en résulte une rétroactivité très importante qui n'a été évoquée ni dans le cadre des discussions au sein du groupe de direction de l'accréditation en 2011, ni lors du traitement au niveau de la Commission nationale médico-mutualiste du 07.11.2011 et ni lors de l'approbation par le Comité de l'assurance du 23.12.2011. La demande de modification de cet A.R. devra évidemment effectuer tout le parcours en commençant par la médico-mut puis le Comité de l'assurance, le cabinet Onkelinx et le Palais royal. Le groupe de direction de l'accréditation du 20.02.2013 se penchera à nouveau sur ce problème. Par ailleurs, il a été fait mention du fait que l'obligation de communiquer les réunions de GLEM à l'INAMI avant la fin du mois suivant la date de la réunion a été introduite par une lettre datée du 03.07.2008 adressée à tous les responsables de GLEM. Nous suivons le dossier de près.

**Nous attirons d'ores et déjà l'attention sur le fait que les médecins souhaitant le financement de leur GLEM doivent communiquer les informations requises à l'INAMI via l'application web conçue à cet effet dans les délais, c'est-à-dire au plus tard à la fin du mois suivant le mois durant lequel la réunion du GLEM a eu lieu.**

Pour pouvoir bénéficier du financement de l'INAMI, la réunion GLEM ne peut avoir été financée d'aucune façon ni directement ni indirectement par l'industrie pharmaceutique ou par un autre sponsor qui pourrait occasionner un conflit d'intérêt.

La sanction pour l'acceptation d'un sponsoring quel qu'il soit n'est toutefois pas négligeable. En effet, les réunions sponsorisées ne peuvent pas entrer en ligne de compte comme des réunions de GLEM! Par conséquent, l'acceptation d'un sponsoring externe quel qu'il soit peut avoir de très sérieuses conséquences pour l'accréditation des membres du GLEM concerné. Les membres du GLEM pourraient penser avoir rempli leurs obligations en matière d'accréditation en ce qui concerne la participation à un certain nombre de réunions de GLEM et il pourrait apparaître par la suite que cette réunion ne peut pas entrer en ligne de compte en raison du sponsoring.

Concernant le traitement fiscal de ce financement par l'INAMI des réunions de GLEM, le dispositif suivant a été arrêté avec le SPF Finances.

Sur le plan fiscal, le GLEM est assimilé à une association de fait, sauf dans les rares cas où le GLEM a pris la forme d'une asbl. L'INAMI a opté pour la délivrance au fisc d'une fiche fiscale 281.50 avec le nom du responsable du GLEM pour l'intégralité du montant de l'intervention octroyée et – élément très important – la mention dans la zone de commentaire libre au cadre 5 de la fiche 281.50 que le bénéficiaire de l'intervention n'est pas le responsable du GLEM en personne mais le GLEM (association de fait) dans son ensemble.

Le responsable de GLEM doit pouvoir justifier les frais de fonctionnement consentis pour l'organisation des réunions. Il a tout intérêt à tenir une comptabilité simple. Dans la majorité des cas, les frais de fonctionnement du GLEM seront supérieurs à l'intervention financière reçue de l'INAMI. Si tel n'est pas le cas, lors de la dissolution éventuelle du GLEM, le solde positif est réparti entre les membres du GLEM. A ce moment-là, la part reçue par chaque membre sera considérée comme un revenu imposable dans le chef de chacun des membres du GLEM.

Si le responsable du GLEM ne perçoit que des rémunérations de salarié au service d'un hôpital, etc., ce revenu, dans son chef, sera cependant considéré comme une rémunération imposable; si le médecin exerce son activité par le truchement d'une société dont il est le chef d'entreprise, ce revenu est censé être perçu en principe par la société.

\* \* \* \* \*

## **A.R. du 12 décembre 2012 instituant un financement pour les groupes locaux d'évaluation médicale (M.B. du 27.12.2012)**

**Article 1er.** En vue de l'application du présent arrêté il y a lieu de comprendre par :

1° GLEM : Groupe de médecins qui est enregistré comme groupe local d'évaluation médicale auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

2° Responsable GLEM : Médecin qui est enregistré comme rapporteur responsable d'un GLEM spécifique auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

**Art. 2.** Cet arrêté fixe les conditions et modalités auxquelles un GLEM peut obtenir une intervention annuelle pour ses frais de fonctionnement de la part de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

**Art. 3.** Pour pouvoir bénéficier de cette intervention le GLEM doit répondre aux conditions suivantes :

1° Avoir organisé au cours de l'année civile au moins 4 réunions GLEM auxquelles à chaque fois 3 membres au moins ont participé.

Les GLEM qui ont été créés au cours de l'année civile concernée sont dispensés de cette obligation.

Les GLEM qui ont été dissous au cours de l'année civile concernée sont dispensés de cette obligation pour autant qu'ils aient organisé au cours de l'année précédente 4 réunions GLEM auxquelles à chaque fois au moins 3 membres ont participé.

Sont considérées comme dates de création et de dissolution les dates auxquelles ces opérations sont validées par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

2° Avoir communiqué au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité la date, le sujet et les participations des membres des GLEM à chacune des réunions précisées au point 1° via l'application web mise à disposition online par cet Institut en vue de la composition des GLEM et des réunions GLEM, au plus tard à la fin du mois suivant le mois au cours duquel la réunion GLEM a eu lieu.

3° N'avoir été financé d'aucune façon au cours de l'année civile, ni directement ni indirectement, ni entièrement ni en partie, ni en espèces ni en nature, par l'industrie pharmaceutique ou par un autre sponsor qui pourrait occasionner un conflit d'intérêt.

**Art. 4.** Le montant de l'intervention s'élève à 200 euros par réunion.

**Art. 5.** Quatre réunions maximum peuvent être portées en compte par année civile. Une seule réunion GLEM maximum peut être valorisée par mois.

Seules les réunions GLEM auxquelles 3 membres au moins ont participé peuvent être valorisées.

**Art. 6.** Le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité paie le montant total de l'intervention au plus tard le 31 mars de l'année qui suit l'année de référence.

Ce montant est payé sur le numéro de compte indiqué par le médecin qui, au 31 décembre de l'année civile concernée ou à la date de la dissolution du GLEM, est enregistré auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en qualité de responsable GLEM du GLEM concerné.

Le médecin introduit une demande d'intervention auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en communiquant le numéro de compte et le destinataire fiscal de celui-ci à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, via l'application web mise à disposition par l'Institut en vue de la gestion des données d'identification et des données financières.

**Art. 7.** Par dérogation à l'article 6, en ce qui concerne l'année 2011, le service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité paie le montant total de l'intervention endéans les 6 mois de l'entrée en vigueur du présent arrêté. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de la promulgation au Moniteur belge.

**Art. 8.** Le ministre qui a les Affaires sociales et la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

## LE FROTTIS DU COL DE L'UTÉRUS – ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A la fin de l'année 2011, la médico-mut a été chargée de formuler des propositions pour réaliser 120 millions d'euros d'économies en 2012 (150 millions d'euros sur base annuelle) dans les honoraires médicaux. Il a été proposé dans ce cadre que le frottis du col de l'utérus ne soit désormais plus remboursé qu'une fois tous les trois ans. Les gynécologues et les anatomopathologistes étaient favorables à cette mesure scientifiquement étayée pour autant qu'un système correct de call-recall des patients puisse être mis sur pied. Cette mesure devait permettre de réaliser une économie de 2,697 millions d'euros. Le projet d'arrêté royal a été adopté le 16.10.2012 par le Conseil technique médical, le 22.10.2012 par la médico-mut et le 12.11.2012 par le Comité de l'assurance.

Il a été décidé en Conseil des ministres le 21 décembre 2012 que ces prestations seront intégralement remboursées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2013. Cette décision induit un surcroît de dépense de 2,713 millions d'euros. Pour l'instant, la prestation est encore remboursable tous les deux ans, le projet d'arrêté royal limitant le remboursement à une fois tous les trois ans étant tenu en délibéré par la ministre L. Onkelinx. Dans le cadre de la discussion au sein du Comité de l'assurance, le commissaire du gouvernement de la ministre Onkelinx a déclaré à ce sujet qu'il s'agissait d'une mesure susceptible de poser des problèmes d'un point de vue politique. Il n'est pas clairement établi quand et si cette mesure sera publiée.

Ces deux décisions, à savoir, d'une part, le remboursement intégral de la prestation et, d'autre part, la non-publication de l'arrêté limitant le remboursement à une fois tous les trois ans ont des implications financières sur le budget des soins de santé. Dans la mesure où les médecins doivent fonctionner dans le cadre d'une enveloppe fermée, les médecins se verront présenter la facture au bout du compte au moment du contrôle budgétaire et il leur faudra rembourser le dépassement budgétaire d'une manière ou d'une autre.

## REUNIONS SCIENTIFIQUES

### *Spring meeting BHPA meets BVRO/ABRO Friday 01 February 2013 – Mechelen*

A co-operation of ABRO/BVRO (Belgian Association of Radiation Oncologists) and BHPA (Belgian Hospital Physicist Association)

Registration has to be done via the website: <http://2013.bhpa.eu>

**Notice that this symposium is recognized as 'permanent education radioprotection' by FANC/AFCN !**

### *L'infection tuberculeuse latente – Mise à jour 2013 Jeudi 25 avril 2013 – Institut Tropical Anvers*

Les experts dans ce domaine aborderont l'importance du dépistage de l'infection tuberculeuse et présenteront les aspects pratiques de mise en place à l'aide des tests IGRA (Interferon Gamma Release Assay).

#### **Programme provisoire:**

- Données épidémiologiques • Tests IGRA : bases scientifiques et aspects pratiques au cours de l'infection tuberculeuse
- Ce que les IGRAs nous ont fait comprendre au sujet de la tuberculose • Recommandations • Biologie des tests IGRA : expérience de 5 ans de pratique au laboratoire • Utilisation des tests IGRA sur population VIH • Dépistage de la tuberculose avant traitement par anti-TNF  $\alpha$  • Valeurs prédictives des tests IGRA • Rapport coût-efficacité des tests IGRA • Cas cliniques

**Symposium gratuit. Traduction simultanée néerlandais-français. Demande d'accréditation en cours.  
Pour confirmer votre inscription merci d'envoyer un courriel à : [kristine.hautekiet@qiagen.com](mailto:kristine.hautekiet@qiagen.com)**

**SYMPOSIUM**  
**GBS**  
**"Quelle médecine anno 2013?"**  
**02.02.2013**

8.30-8.45	Accueil	
8.45-8.55	Quelle médecine anno 2013?	Dr J.-L. DEMEERE, Président du GBS
8.55-9.25	Sixième réforme de l'Etat - secteur des soins de santé	M. P. HANNES, Collaborateur de cabinet du Secrétaire d'Etat Servais VERHERSTRAETEN
9.25-9.50	Les soins de santé au-delà de 2013	M. X. BRENEZ, Mutualités libres
9.50-10.15	Politique des médicaments en 2013 : qualité et accessibilité financière	Prof. Dr L. NEELS, Pharma.be
10.15-10.35	Pause-café	
10.35-11.00	L'influence de l'Europe	Mme R. BAETEN, Observatoire social européen (OSE)
11.00-11.20	La nouvelle approche des maladies chroniques	Dr J.P. BAEYENS, Président de la section scientifique de l'Observatoire des maladies chroniques auprès de l'INAMI
11.20-11.45	La politique de santé actuelle	Dr M. MOENS, GBS et ABSyM
11.45-12.15	Discussion	

**Lieu**

Brussels 44 Center  
Auditorium  
Boulevard du Jardin Botanique 44  
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](mailto:raf@vbs-gbs.org)

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

✂

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION**

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

**Je participerai au symposium du 02.02.2013 et verse la somme de :**

A partir du 11.01.2013

Membres	50 €
Non-membres	75 €
Candidats spécialistes	10 €

Inscription sur place 100 €

**sur le compte IBAN : BE53 0682 0957 1153 (BIC : GKCCBEBB) du GBS  
avec mention du nom du participant, du numéro INAMI et  
de "Symposium : Quelle médecine anno 2013?" en communication**

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



**Journée d'étude de l'A.P.S.A.R. 'THE FUTURE IN ANAESTHESIA' – 23.02.2013**  
**Programme**

8h45 **THE FUTURE IN ANAESTHESIA**  
Dr. J.L. Demeere

**Anaesthesia in our daily practice in Belgium**

Dr. J. Verbeke, Prof. Dr. L. Van Obbergh

09.00-09.20	Nomenclatuur voor en na 2012	<b>Dr. D. Himpe</b>
09.20-09.40	Eisenkader, kwaliteit en praktijk, Surgical Safety Checklist	<b>Dr. J.L. Demeere</b>
09.40-10.00	Les infirmières en anesthésie	<b>Prof. L. Van Obbergh</b>
10.00-10.15	Statement APSAR-BSAR	
10.15-10.30	Café - Koffie	

**Anaesthesia practice**

Dr. J.P. Mulier, Dr. E. Deflandre

10.30-10.50	Safety and security in Anaesthesia	<b>Dr. D. Whitaker</b>
10.50-11.10	Attitudes en gewoontes binnen de anesthésie	<b>Prof. J. Klein</b>
11.10-11.30	Anaesthesia Guidelines: use and misuse	<b>Dr. F.O. Kooij</b>
11.30-11.50	Burn Out en anesthésie	<b>Dr. M.-A. Doppia</b>
11.50-12.30	Débat - Debat	

**12.30-13.00 Assemblée Générale - Algemene Vergadering**

**Anaesthesia practice and claims**

Dr. R. Heylen, Dr. J. Jaucot

14.00-14.20	Het decreet op de verplichte melding van risicovolle medische praktijken	<b>Mr. F. Dewallens</b>
14.20-14.40	Les plaintes en anesthésie et les assurances	<b>Dr. M. Lafontaine</b>
14.40-15.00	Fault, No-Fault,... en de anesthesist?	<b>Dr. R. Heylen</b>
15.00-15.20	Débat - Debat	

**Anaesthesia and management**

Dr. D. Himpe, Dr. J.L. Demeere

15.20-15.40	Hygiène in het OK	<b>Prof. B. Gordts</b>
15.40-16.00	L'anesthésiste et le management du quartier opératoire	<b>Dr. E. Deflandre</b>
16.00-16.20	Het runnen van een dienst anesthésie	<b>Dr. J.P. Mulier</b>
16.20-16.30	Conclusions - Besluit	

**Lieu**

Brussels 44 Center  
Auditorium (Passage 44)  
Bld du Jardin botanique 44  
1000 Bruxelles

**Organisation**

Dr Jean-Luc Demeere - GBS-VBS  
20 avenue de la Couronne  
tél.: 02/6492147 - fax: 02/6492690  
@ [raf@vbs-gbs.org](mailto:raf@vbs-gbs.org)

**Accréditation en Ethique & Economie : 6 C.P.**

**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 23.02.2013 et verse la somme de:

	<u>Avant le 07.02.2013</u>	<u>A partir du 07.02.2013</u>
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 €	<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:**

**NOMENCLATURE : ARTICLE 20, § 1er, a)**  
**(médecine interne)**  
**(en vigueur à partir du 01.02.2013)**

**6 DECEMBRE 2012. - Arrêté royal modifiant l'article 20, § 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 21.12.2012)**

**Article 1er.** A l'article 20, § 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, [...], sont apportées les modifications suivantes :

1° à la prestation 470864,

a) la valeur relative « K 3154 » est remplacée par « K 4536 »;

b) la règle d'application qui suit la prestation est complétée par le d) rédigé comme suit :

« d) les frais de transport des échantillons sanguins en vue du confirmatorytyping, tant en Belgique qu'à l'étranger. »;

2° dans les règles d'application qui suivent la prestation 470713-470724,

a) l'alinéa 3 est remplacé par ce qui suit :

« La prestation 470632-470643 ne peut être attestée que par des centres d'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques répondant aux critères suivants :

1) réalisation dans les 2 dernières années civiles d'au moins 10 greffes autologues de cellules souches hématopoïétiques par an;

2) avoir démarré le processus d'accréditation JACIE (Joint Accreditation Committee of the International Society for Cellular Therapy (ISCT) and the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT)) avant le 1er janvier 2013 et avoir obtenu celle-ci au plus tard le 31 décembre 2017. »;

b) l'alinéa 4 est remplacé par ce qui suit :

« Les prestations 470551-470562, 470573-470584, 470595-470606, 470610-470621, 470654-470665, 470680, 470691-470702 et 470864 ne peuvent être attestées que par des centres d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques répondant aux critères suivants :

1) réalisation dans les 2 dernières années civiles d'au moins 10 greffes allogéniques de cellules souches hématopoïétiques par an;

2) avoir démarré le processus d'accréditation JACIE avant le 1er janvier 2013 et avoir obtenu celle-ci au plus tard le 31 décembre 2017. »;

3° le dernier alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Toutes les prestations effectuées sur le(s) donneur(s) potentiel(s) et les frais d'hospitalisation sont portées en compte au receveur, étant entendu qu'il soit spécifié qu'ils sont relatifs au donneur, et à condition qu'une transplantation ait effectivement lieu. ».

**Art. 2.** 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 28, § 8 (aides à la mobilité) :** A.R. du 17.12.2012 (M.B. du 03.01.2013).

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

## SYMPOSIUM

GBS

"Bondir des starting-blocks comme médecin spécialiste"

09.03.2013

8.30-8.50	Accueil	
8.50-9.00	Bondir des starting-blocks comme médecin spécialiste	Dr J.L. DEMEERE, GBS-VBS
9.00-9.20	Le médecin spécialiste et l'accréditation	Dr M. MOENS, GBS-VBS
9.20-9.40	Le candidat spécialiste et le management hospitalier	Dr J.L. DEMEERE, GBS-VBS
9.40-10.00	La nomenclature et le SECM	Dr B. WINNEN, INAMI
10.00-10.20	Le contrat hospitalier : signez-le en connaissance de cause!	Maître W. DECLOEDT
10.20-10.40	Pause café	
10.40-11.00	Aperçu des assurances pour les futurs médecins spécialistes "trucs et astuces"	M. V. SAFARIAN, Concordia
11.00-11.20	Les possibilités et les avantages d'une société professionnelle	M. O. BOONE, Bank van Breda
11.20-11.40	Démarrer sans soucis votre activité d'indépendant	M. B. OTTOUL, Acerta
11.40-12.00	Discussion	

### Lieu

Salle Jacques Brel (Passage 44)  
Boulevard du Jardin Botanique 44  
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](mailto:raf@vbs-gbs.org)

L'accréditation a été demandée pour 1,5 CP  
Symposium bilingue avec traduction simultanée



### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

N° INAMI : ..... Adresse : .....

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

Prénom : ..... Localité : .....

E-mail : .....

Je participerai au symposium du 09/03/2013 et verse la somme de :

- candidats spécialistes & maîtres de stage **GRATUIT**
- autres (par virement) 35 €
- paiement sur place 80 €

sur le compte : BE53 0682 0957 1153 (BIC: GKCCBEBB) du GBS  
avec mention du nom du participant et symposium GBS 09/03/2013 "Bondir des starting-blocks  
comme médecin spécialiste"

Signature : .....

## ANNONCES

- 12065 **LE QUESNOY (FRANCE) : RADIOLOGUES** belges cherchent successeurs pour cabinet privé libéral situé dans centre médical. Rx, écho, séno, ostéodensitométrie, vac scanner et possibilité développer vac IRM. Agréé dépistage ADCN. Contact : anne.defays@scarlet.be – GSM : 00.32.473.94.47.47.
- 12089 **NIVELLES** : Cabinet privé de radiologie (Radiologie générale et dentaire numérisée, Echographie-Doppler, Sénologie, Densitométrie) cherche **RADIOLOGUE(S)**. Reprise progressive du cabinet possible. Horaires et modalités à convenir. Contact : jean.pol.lousse@skynet.be
- 12113 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : Les hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne (Vivalia - IFAC) recherchent un **PNEUMOLOGUE** avec tropisme pour le laboratoire du sommeil. S'adresser au Dr Robert SIMONS, chef de service - simons.robert@ifac.be
- 13002 Le Dr Charles ABRASSART, pédiatre, (GSM : 0496/87.37.58) souhaite donner une série de **REVUES ET LIVRES ORIENTES VERS LA PEDIATRIE**. Les confrères intéressés peuvent se manifester via l'adresse e-mail charles.abrassart@skynet.be. Le fichier descriptif des ouvrages et revues leur sera immédiatement transmis.
- 13003 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : Les hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne (Vivalia – IFAC) recherchent des **MEDECINS SMA/SMU** pour leurs services d'urgence. Conditions attrayantes. Contacter le Dr L. Decelle : decelle.lydie@ifac.be
- 13004 **MARCHE-EN-FAMENNE** : L'hôpital de Marche-en-Famenne (Vivalia – IFAC) recherche un **GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN**. Conditions attrayantes. Contacter le Dr Ph. Deleuse – philippe.deleuse@vivalia.be – Dr G. Gilles – georgeygilles@gmail.com
- 13005 **SAMBREVILLE** : CHR Val de Sambre (prov. Namur - 330 lits aigus) engage (h/f) : **ORL 5/10<sup>e</sup>, ANESTHESISTE** à temps plein, **2 PEDIATRES 6/10<sup>e</sup>**. Envoyer CV ou pour obtenir renseignements : Dr P. Janssens, Directeur médical, CHR Val de Sambre, Rue Chère Voie 75, 5060 Sambreville. Tél. : 071/26.53.80 ou par e-mail : paul.janssens@mail.chrvs.be
- 13007 **BRUXELLES** : Le CHU Brugmann recrute :  
 a) **CHEF DE CLINIQUE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE (H/F)**. (Clôture le 25/01/2013)  
 b) **CHEF DE CLINIQUE ADJOINT OU RESIDENT DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE – CLINIQUE DE GASTROLOGIE (H/F)**. (Sans date de clôture)  
 Les conditions d'accès, le profil et les missions sont à consulter sur <http://www.chu-brugmann.be>. Intéressé? Adressez votre lettre de motivation et votre CV à M. Pol LOUIS, Directeur Général, CHU Brugmann, 4, Place A. Van Gehuchten à 1020 Bruxelles.
- 13008 **BRUXELLES** : Quality Medicals, groupement de polycliniques, recherche un **RHUMATOLOGUE**. Conditions intéressantes. Infos : 0478/32.67.42.
- 13009 **CHIMAY** : Labo Biologie clin. hôpital de Chimay ch. **MÉDEC./PHARM. BIOLOGISTE** pour remplacements. Contacter le Dr Berchem/M. Raimond au 060/218.740 ou 741.

## Table des matières

• Aperçu des cadeaux de Nouvel An de Laurette ONKELINX à l'attention des médecins : .....	1
– Vers un accord 2013/2014? oui/non/peut-être : tarifs bloqués jusqu'au 31.03.2013 au plus tard.....	1
– Loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (M.B. du 31.12.2012) .....	2
– Extension du domaine d'application des montants de référence pour les hospitalisations terminées après le 31 décembre 2012 .....	3
– Financement des réunions de GLEM .....	4
– Le frottis du col de l'utérus – anatomie pathologique .....	7
• Réunions scientifiques.....	7
• Symposium GBS "Quelle médecine anno 2013?" (02.02.2013) .....	8
• Journée d'étude de l'A.P.S.A.R. 'The Future in Anaesthesia' (23.02.2013) .....	9
• Nomenclature : article 20, § 1er, a) (médecine interne) .....	10
• Aperçu de diverses modifications de la nomenclature .....	10
• Symposium GBS "Bondir des starting-blocks comme médecin spécialiste" (09.03.2013) .....	11
• Annonces .....	12