
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° 5 / JUILLET 2013

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

LA FIN DU SYSTEME DE LA MEDICO-MUT ET L'INDUSTRIALISATION DE LA MEDECINE

L'Etude Economique de la Belgique 2013 de l'OCDE considère qu'il y a deux handicaps essentiels à la performance du système belge : les négociations et la réglementation excessive des hôpitaux. Par ailleurs, l'étude cite qu'on a évolué d'un système de couverture des travailleurs vers une couverture universelle et publique. Le financement actuel est à courte échéance impayable. Dès lors, il faut faire des économies ou changer le système.

Les pistes évoquées par l'OCDE sont la capitation pour la médecine générale et le financement forfaitaire par pathologie (DRG ou APR-DRG) pour les hôpitaux.

La capitation est une forme de financement par inscription des malades auprès d'une maison médicale ou d'un médecin généraliste. Le patient est le client d'un seul généraliste ou d'une maison médicale. Il s'engage à ne consulter que ce ou ces médecins désignés par son inscription. La liberté de choix existe dans l'inscription. L'accessibilité aux soins est de fait limitée, contrôlée et financée par un forfait accordé aux médecins.

Le forfait par pathologie s'inscrit dans la logique économique d'un hôpital industrialisé, où le financement est un budget de fonctionnement et non plus une couverture des frais réels engagés par l'hôpital. Si l'hôpital désire faire des bénéfices sur les forfaits, il devra appliquer des techniques commerciales et assurer une production de soins efficiente.

Dans un tel système, l'accessibilité et la qualité sont subordonnées à la recherche de bénéfices pour assurer la croissance et la survie de l'hôpital.

L'accessibilité actuelle est un atout majeur dans notre système. Demain, dans le nouveau système, on aura tout intérêt à sélectionner les patients et à transférer vers d'autres institutions, peut-être universitaires, les cas complexes qui risquent de dépasser les durées de séjour prévues dans le forfait et qui risquent de consommer plus de moyens que ceux qui sont prévus.

La qualité est en péril. Comme on devra faire des bénéfices sur les forfaits, on va limiter les durées de séjour et les moyens utilisés. L'avantage du forfait est que l'économie dans le coût global de la santé pourra être budgétée. L'inconvénient est la qualité des soins qui en pâtira inévitablement.

Mais il y a plus. Comment rémunérer les médecins dans ce système de forfait? Pour l'OCDE, la nomenclature et la négociation tarifaire en médico-mut sont des freins à la performance du système. Alors plus de nomenclature puisqu'on travaille par pathologie et plus par actes (nomenclature des actes)? On peut imaginer un tarif pour les médecins par DRG. Ce serait un tarif, garanti, aux médecins et lié ou non à un volume de prestations par pathologie. Comme on connaît les heures de prestations des médecins au sein de l'hôpital, on a une rémunération qui devient presque un salaire. Ou bien on libéralise complètement le tarif. Le gestionnaire de l'hôpital convient d'un tarif avec le médecin. Pour rappel, dans les coûts hospitaliers, le personnel est lié par des conventions salariales. Les deux volets qui restent au gestionnaire pour faire des

bénéfices sont les médecins et la pharmacie hospitalière déjà forfaitarisée. Il est évident que le médecin dans ce scénario sera motivé pour ne plus prêter plus que ce qu'il faut et sera encouragé à limiter l'utilisation des moyens à financer par le forfait hospitalier. Alors, nous dit l'OCDE, il faut des indicateurs de qualité et mettre en place des systèmes qui garantissent l'accès aux soins et la qualité.

Puisqu'on veut faire des économies, a-t-on déjà évalué le coût administratif des enregistrements des indicateurs, de leur analyse et de la mise en place de systèmes correcteurs? Tous les pays forfaitarisés ont vu une croissance de ces coûts administratifs. Enfin on peut imaginer un système libéralisé où les assurances signent des contrats de soins avec des hôpitaux comprenant ou non les rémunérations des médecins. Là aussi, les coûts administratifs croissent, mais on oublie une chose. Les assurances ne sont pas des œuvres caritatives. Elles veulent faire des bénéfices. Ces bénéfices sont liés au nombre d'adhérents de la compagnie d'assurance. C'est la calamité du système américain où le marketing et les coûts des assurances déterminent à peu près un tiers du budget de la santé américain.

Alors que faire? Maintenir la nomenclature des soins mais la réformer? Une des pistes est de sortir du financement de l'hôpital les 40 à 50 % qui proviennent des honoraires médicaux. Reste alors des honoraires purs pour le médecin. Soyons pragmatiques : si les médecins ne financent plus l'hôpital par leurs honoraires, le gestionnaire risque souverainement de définir les investissements et donc de déterminer l'exercice de la médecine dans son hôpital en faisant des choix d'investissements en appareils médicaux.

En résumé, dans toute cette histoire, c'est la médecine colloque singulier entre le patient et son médecin qui est anéantie par la recherche du profit et la sélection des patients. C'est l'industrialisation des soins. Mais ce qui est effrayant dans cette réalité, c'est la méconnaissance des patients de cette perte de la qualité et la perte d'accessibilité. Quand le public sera-t-il correctement informé? Il ne se laissera plus prendre par ces discours faciles qui décrivent les médecins comme des surconsommateurs d'actes inutiles. On économisera, certes, sans accessibilité universelle et avec une qualité moindre. En fin de compte, c'est notre santé qui est menacée.

**DE LA TRANSPARENCE, RIEN QUE DE LA TRANSPARENCE OU COMMENT FAIRE
UN USAGE ABUSIF DE LA DIRECTIVE EUROPEENNE RELATIVE À L'APPLICATION
DES DROITS DES PATIENTS EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ
TRANSFRONTALIERS**

Conformément à l'article 4 de la directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers, les Etats membres ont l'obligation de veiller à ce que les prestataires de soins fournissent à chaque patient, préalablement à la prestation, toutes les informations utiles pour l'aider à faire un choix éclairé. Cela implique également de fournir des factures claires et des informations claires sur les prix. Cette directive européenne n'oblige toutefois pas les prestataires de soins à fournir aux patients originaires d'un autre Etat membre des informations plus détaillées que celles fournies aux patients de l'Etat membre proprement dit. Dans le cadre de la loi relative aux droits du patient en vigueur en Belgique, les prestataires de soins ont déjà un devoir d'information. Il est légitime que le législateur intervienne pour préciser plus avant certaines modalités de ce devoir d'information, notamment concernant les implications financières à l'égard du patient. En revanche, il n'est pas légitime que ce devoir d'information soit étendu de manière contraignante aux organismes assureurs par le biais de l'attestation des soins donnés qui a essentiellement pour but de garantir le remboursement des soins de santé. L'usage (abusif) de l'attestation de soins donnés à d'autres fins que le remboursement des soins donnés doit être rejeté.

Un avant-projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé accessibilité a été soumis au Comité de l'assurance dans la note CSS n° 2013/212.¹ A la lecture de l'avant-projet de loi, il est

¹ [Vous pouvez prendre connaissance de cet avant-projet de loi en cliquant sur ce lien.](#)

clair que le ou les auteurs ont été très fortement inspirés par les représentants des organismes assureurs qui, à plusieurs occasions au cours de ces derniers mois, ont fait part de leur mécontentement de ne pas être systématiquement informés des honoraires payés effectivement par le patient, soit parce que le patient a détaché lui-même la souche fiscale attachée à l'attestation de soins donnés, soit parce que la réglementation des prestations effectuées par un prestataire de soins exerçant son activité dans le cadre d'une société ne prévoit pas de souche fiscale. Cela a conduit certains organismes assureurs à réaliser une enquête plutôt agressive auprès des patients pour connaître le montant "effectivement" payé, la teneur des questions laissant entendre que les prestataires de soins consultés par le patient n'y regardent pas de trop près concernant leurs obligations fiscales.

Si l'avant-projet de loi est approuvé en l'état par le Parlement, la relation de confiance médecin-patient est galvaudée. Dans ce sens qu'avec l'attestation de soins donnés, les organismes assureurs ont connaissance de données concernant également des prestations et des traitements ne donnant pas lieu à un remboursement par l'assurance maladie. L'attestation de soins donnés a uniquement pour but de permettre aux organismes assureurs de pouvoir organiser le remboursement des soins donnés.

L'avant-projet de loi instaure en outre une discrimination selon que le médecin a ou non adhéré à l'accord. Pratiquement 80 % des médecins spécialistes ont adhéré à l'accord 2013/2014 malgré les économies réalisées dans les soins de santé ces dernières années. 20 % des médecins spécialistes ont choisi de ne pas adhérer à l'accord et de rester libres de réclamer des honoraires libres dans les limites fixées par la loi, à l'instar de chaque citoyen exerçant une profession libérale. Ce pourcentage est apparemment une cause permanente d'exaspération pour nos dirigeants politiques. Une interdiction de principe empêche de réclamer des avances au patient sauf si des dispositions spécifiques le prévoient dans l'accord médico-mutualiste mais cela ne s'applique alors qu'aux seuls médecins conventionnés. Les médecins non conventionnés exerçant en milieu extra-hospitalier sont privés du droit de réclamer un acompte aux patients, indépendamment du fait que l'intervention programmée donne ou non lieu à un remboursement par l'assurance maladie. De ce fait, le médecin non conventionné dispose de moins de droits que le médecin conventionné. Or les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés doivent tout autant rémunérer leur personnel et supporter les frais d'infrastructure lorsqu'un patient ne se présente pas à un rendez-vous comme convenu.

Le GBS vous tiendra informés de tout nouveau développement dans ce dossier.

**EXAMENS DE LA FONCTION PULMONAIRE :
LETTRE DE L'UNION PROFESSIONNELLE DES MEDECINS BELGES
SPECIALISTES EN PNEUMOLOGIE AU JOURNAL DU MEDECIN**

Le Journal du Médecin fait mention du rapport annuel du SECM et du Dr Hepp dans son édition du 7 juin 2013. Il ne fait aucun doute qu'un contrôle de l'application correcte de la nomenclature a du sens et il ne fait aucun doute qu'on peut espérer tirer un bénéfice plus grand en agissant préventivement qu'avec le remboursement des moyens financiers proprement dits.

Il convient toutefois de noter différentes choses concernant la fonction pulmonaire car les accusations lancées à l'encontre des pneumologues vont quelque peu trop loin et ont parfois des allures de campagne de diffamation.

L'impression d'un nombre excessif d'examens de la fonction pulmonaire devait manifestement être confortée par une étude du KCE : durant la période 1995 à 2004, le nombre de tests de la fonction pulmonaire a progressé de 18 %; le KCE parlait dans son texte d'une augmentation d'un cinquième mais, tant dans son communiqué de presse que dans ses recommandations, il était question d'un quasi-doublement, une conclusion qui était peut-être écrite d'avance... Entre-temps, il apparaît que le nombre de tests de la fonction pulmonaire réalisé en 2010 et en 2011 est exactement identique à celui réalisé en 2001; les coûts ont augmenté précisément au même rythme que l'indexation, soit +10 %, alors qu'ils ont progressé de 50 % pour la chirurgie, la radiologie, les prestations générales, les frais d'administration des mutuelles,... Un parcours remarquable qui mérite de la gratitude au lieu d'une suspicion continue; si seulement toutes les prestations avaient été aussi stables...

Il n'est donc pas exact que la fonction pulmonaire progresse de manière excessive et il n'est pas non plus correct de prétendre qu'un maximum de 3 tests de la fonction pulmonaire est suffisant; cette thèse ne figure pas non plus comme telle dans le rapport du KCE... Aucune directive nationale ou internationale ne part de ce principe. Chaque test mesure une composante physiologique différente de la fonction pulmonaire et les tests se complètent les uns les autres. Notamment suite à la concertation avec le SECM et le Dr Hepp – après la lettre des pneumologues de 2009 – une étude, la Belgian Pulmonary Function Study BPFS, a été réalisée pour déterminer l'effet additionnel des tests effectués en complément de l'anamnèse et de la spirométrie chez 1000 patients consécutifs se présentant pour la première fois chez un pneumologue. Cette étude BPFS en voie de publication montre en termes statistiques et cliniques significatifs que chacun des 3 tests complémentaires précise plus avant le diagnostic différentiel et améliore la précision diagnostique. De telle sorte que les 4 tests doivent souvent être la norme pour le diagnostic.

Pour le suivi, le recours *systématique* aux 4 tests n'est pas approprié : le KCE et le SECM ont eu raison de le souligner... mais à quel point cette 'habitude' est-elle répandue?

En 2004 (rapport du KCE), 48 % des séances comprenaient 4 tests. En 2010, selon l'administration de l'INAMI, ce chiffre n'était plus que de 38 %; la majorité des séances donnaient ainsi lieu à 3 tests ou moins de 3 tests... Une mutuelle importante a montré en 2010 que lors d'un premier contact avec le pneumologue, 37 % des patients font l'objet d'un examen de la fonction pulmonaire et 6 % subissent par la suite une combinaison de 3 tests ou plus de 3 tests... Sur base de ces données, la majorité des tests est évidemment effectuée chez de nouveaux patients diagnostiqués...

Tandis que la conclusion du KCE soutenant que le nombre de tests de la fonction pulmonaire aurait presque doublé en 10 ans peut être citée comme exemple d'une conclusion frauduleuse – les universitaires ne sont pas les seuls à être tentés par la fraude scientifique – le KCE a aussi formulé une 2^e conclusion douteuse sur le plan scientifique, à savoir que 4 tests sont souvent effectués par incitation financière. Cette hypothèse est avancée parmi des données qui ne prouvent rien en la matière et qui ont pour seul but de conférer une "auréole scientifique". L'évolution du nombre de séances avec 4 tests prouve entre-temps le contraire.

	Nombre de tests en millions	coût en millions d'euros	coût par rapport à 2001
2001	1.66	48.6	
2008	1.75	56.2	+15%
2009	1.69	56	+15
2010	1.59	53	+9%

=!réduction remboursement résistance

Le coût de la chirurgie, de la radiologie, des prestations générales, des frais d'administration des mutuelles a quant à lui progressé de 50 % entre 2001 et 2010.

Entre-temps, il est largement admis au sein des organes de concertation officiels du CTM et de la médico-mut que le parcours de la fonction pulmonaire est remarquable et qu'il ne donne lieu à aucun abus généralisé, et la proposition formulée par les pneumologues – satisfaisant sur ce point le SECM et le KCE – visant à consolider par des règles d'application un recours limité aux tests pour le suivi de l'asthme et de la BPCO est acceptée... Mais il est possible que la communication de données entre le CTM et le SECM ne se fasse pas totalement sans problème...

Les arguments avancés dans le cadre du Conseil technique médical (CTM) peuvent être consultés sur les sites des organisations, tout comme l'évolution des tests de la fonction pulmonaire et le cadre contextuel...

Prof. Dr Marc Decramer
 Prof. Dr Renaud Louis
 Dr Jan Lamont
 Prof. Dr Vincent Ninane
 Dr Dirk Van Renterghem

Au nom de la Société belge de pneumologie (<http://www.bvp-sbp.org/>) et de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en pneumologie (http://www.vbs-gbs.be/unions/u_pp/index.asp).

Symposium
Union professionnelle belge d'ORL et de chirurgie cervico-faciale
"ORL PRO 2013"
21.09.2013

8.00-8.30	Accueil	
8.30-9.00	Analyse de la situation professionnelle en ORL	Dr T. Robillard – Dr P. Lemkens
9.00-9.30	La prescription magistrale aujourd'hui	Phar. R. Nottet, Qualité Médico-Pharmaceutique (QMP)
9.30-10.00	Les médecins ORL, quels médicaments remboursables prescrivent-ils? Qu'en est-il de la prescription en DCI?	Dr M. Van de Castele, Direction Politique Pharmaceutique INAMI
10.00-10.15	Pause café	
10.15-10.45	La prescription informatique en milieu hospitalier	Phar. J.-D. Hecq, Pharmacien en chef UCL Mont-Godinne
10.45-11.15	eHealth : état d'avancement et perspectives futures	M. F. Robben, Administrateur général Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) et plateforme eHealth
11.15-11.45	Questions-réponses interactives	
11.45-12.00	Take Home Message	Dr T. Robillard – Dr F. Indesteege
12.00-...	Clôture	

Lieu Best Western Hotel E40 Bruxelles-Ostende 1702 Grand-Bigard	Renseignements et inscriptions 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
---	---

✂ -----

N° INAMI : **Adresse** :

Nom : **Code postal** :

Prénom : **Commune** :

Spécialité : **E-mail** :

Je participerai au symposium du 21.09.2013 et verse la somme de :

- | | |
|-------------------|----------------------------------|
| Membres | <input type="checkbox"/> 20 € |
| Non-membres | <input type="checkbox"/> 80 € |
| Assistants VA-NKO | <input type="checkbox"/> Gratuit |

sur le compte IBAN : BE95 0000 0607 8058 (BIC : BPOT BE B1) de l'Union professionnelle d'ORL avec mention du nom du participant, du numéro INAMI et de "Symposium ORL"

Signature :

Symposium
Union professionnelle des chirurgiens belges – UEMS Section of Surgery
The European Symposium
THE FUTURE OF SURGERY IN EUROPE
20.09.2013

09.30	Registration	
10.00	Introduction	Prof. Dr. V. Papalois Dr. J. Weerts - Prof. Dr. J. Gruwez
10.15	The Medical Specialist in future health-care	Dr. M. Moens
10.30	The Future of Hospitals in Integrated Care	Dr. J. Van Emelen
10.45	Is there a role for Professional Organisations?	Prof. Dr. R. Krajewski
11.00	Discussion	
11.15	Coffee break	
11.35	Key note lecture: eHealth, HTA and European Reference Networks	Dr. T. Piha
11.55	The future of financing of hospital healthcare, the tendency in Europe	Prof. Dr. M. Pirson - Dr M. Czarka
12.10	Demography! How to cope with a possible disaster in the future?	Prof. Dr. H.P. Bruch
12.25	Discussion	
12.40	Lunch	
13.40	Prospects for Robotic Surgery	Prof. Dr. A. Mottrie
13.55	The Evolution of Gastro-Intestinal Surgery	Prof. Dr. A. Dhoore
14.10	Discussion	
14.25	Technical Skill Centers	Prof. Dr. A. Bergenfelz
14.40	The future of the surgical profession in Europe: our greatest challenge-our finest hour	Prof. Dr. V. Papalois
14.55-15.10	Discussion + Farewell drink	

Accreditation:

An application in ethics and economics has been made for Belgian doctors

<p>Location Sheraton Brussels Hotel Place Rogierplein 3 / 1210 Brussels</p>	<p>Contact VBS-GBS / Raf Denayer ☎ 02/649.21.47 – 📠 02/649.26.90 e-mail: raf@vbs-gbs.org // http://www.vbs-gbs.org</p>
--	---

✂ -----

RIZIV/INAMI nr.: (Only for Belgian participants).....

Name: **First name:**

Address:

Postal code: **Town:**

E-mail:

**I will attend the symposium on 20.09.2013 and deposit the amount of 25 euro on account
 IBAN BE11 3850 2147 4348 (BIC: BBRU BE BB) of the Belgian Professional Surgical Association
 stating my name and 'European Symposium'**

Signature:

LOI DU 23 MAI 2013 REGLEMENTANT LES QUALIFICATIONS REQUISES POUR POSER DES ACTES DE MEDECINE ESTHETIQUE NON CHIRURGICALE ET DE CHIRURGIE ESTHETIQUE (M.B. DU 02.07.2013)

CHAPITRE 1er. - Disposition générale

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE 2. - Définitions

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, l'on entend par :

1° médecine esthétique non chirurgicale : tout acte technique médical non chirurgical, réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d'énergie, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur. Sont compris dans les dispositifs utilisant toute forme d'énergie les dispositifs utilisant le laser de classe 4 ou supérieure ou la lumière pulsée intense;

2° chirurgie esthétique : tout acte chirurgical visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur;

3° lipoaspiration : opération chirurgicale consistant en l'aspiration d'amas graisseux;

4° lipofilling : opération chirurgicale consistant en l'injection de graisse;

5° dermabrasion : opération chirurgicale consistant à abraser l'épiderme ou les couches supérieures du derme.

CHAPITRE 3. - Champ d'application

Art. 3. Sont seuls habilités à poser des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale les professionnels visés dans la présente loi et dans la seule mesure de l'habilitation fixée dans la présente loi.

CHAPITRE 4. - Art médical et droits du patient

Art. 4. Dans l'article 1er bis, 3°, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, inséré par la loi du 19 décembre 2008, les mots « ou de l'accompagner en fin de vie » sont remplacés par les mots «, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie ».

Art. 5. L'article 2, § 1er, du même arrêté royal, modifié par la loi du 13 décembre 2006, est complété par deux alinéas rédigés comme suit :

« Relève également de l'exercice illégal de l'art médical l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions visées à l'alinéa 1er, à l'égard d'un être humain, de tout acte technique médical, comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses, et visant principalement à modifier l'apparence corporelle du patient à des fins esthétiques, à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur.

Le Roi peut, conformément à l'article 46ter, préciser les actes visés à l'alinéa 4. »

Art. 6. Dans le même arrêté royal, il est inséré un article 46ter rédigé comme suit :

« Art. 46ter. Le Roi peut préciser les actes qui relèvent de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique, visés à l'article 2, 1° et 2°, de la loi du ... réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique, après avis du Conseil de l'esthétique médicale. »

Art. 7. L'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 septembre 2006, est complété par les mots « médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale ».

Art. 8. Dans l'article 2, 2°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, les mots « ou de l'accompagner en fin de vie » sont remplacés par les mots «, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie ».

CHAPITRE 5. - Habilitations

Art. 9. Sont seuls habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale et de la chirurgie esthétique, les titulaires d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ou de médecin spécialiste en chirurgie, visés à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, dénommé ci-après « l'arrêté royal du 25 novembre 1991 ».

Art. 10. § 1er. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale, à l'exception d'injections intra-mammaires.

§ 2. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont également habilités à réaliser les actes relevant de la chirurgie esthétique suivants :

1° greffe capillaire;

2° lipofilling dans toutes les parties du corps, hormis la région mammaire, avec un maximum de 10 millilitres de liquide injecté par acte;

§ 3. Le Roi peut préciser les actes visés au paragraphe 2, après avis du Conseil de l'Esthétique médicale.

Art. 11. § 1er. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en dermatovénérologie visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale, à l'exception d'injections intra-mammaires.

§ 2. Les titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en dermatovénérologie visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont également habilités à réaliser les actes relevant de la chirurgie esthétique suivants :

1° greffe capillaire;

2° dermabrasion;

3° lipoaspiration avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration;

4° lipofilling dans toutes les parties du corps, hormis la région mammaire.

§ 3. Le Roi peut préciser les actes visés au paragraphe 2, après avis du Conseil de l'esthétique médicale.

Art. 12. Les titulaires des titres professionnels particuliers de médecin spécialiste visés à l'arrêté royal du 25 novembre 1991, énumérés ci-après, sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale, chacun dans les limites du cadre anatomique de leur spécialité, tel que fixé ci-après :

1° médecin spécialiste en ophtalmologie : région orbito-palpébrale;

2° médecin spécialiste en stomatologie : lèvres et région orale;

3° médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie : pavillon des oreilles et région nasale;

4° médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique : glande mammaire, région abdominale et organes génitaux féminins;

5° médecin spécialiste en urologie : organes génitaux masculins et féminins;

6° médecin spécialiste titulaire du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale : face et cou.

Art. 13. Les médecins titulaires du titre professionnel de médecin généraliste visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 qui suivent une formation menant au titre professionnel de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale visé à l'article 1er du même arrêté royal peuvent poursuivre l'exercice de la médecine générale durant leur formation et pendant les deux années qui suivent l'obtention du titre de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale précité.

Art. 14. Les titulaires d'un des titres professionnels particuliers réservés aux titulaires d'un diplôme légal de licencié en sciences dentaires visé à l'article 3 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale dans la région intra-orale.

Art. 15. Les esthéticiens disposant des compétences professionnelles fixées par le Roi sont habilités à utiliser les techniques d'épilation par laser de classe 4 ou par lumière pulsée intense, s'ils ont suivi une formation fixée par le Roi.

Cette formation permet aux esthéticiens visés de disposer des connaissances pratiques et théoriques minimales concernant les dangers liés à l'utilisation des lasers de classe 4 et de la lumière pulsée intense, et concernant les précautions d'utilisation de ces techniques.

Pour l'utilisation d'une technique visée à l'alinéa 1er, le Roi peut, en outre, rendre obligatoire la consultation préalable d'un professionnel des soins de santé visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Art. 16. Sans préjudice de l'application de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, les médecins en formation pour un des titres professionnels particuliers visés aux articles 9 à 12 sont habilités à poser les mêmes actes que les titulaires du titre professionnel particulier de cette spécialité dans les conditions de

supervision prévues par la législation relative à la formation des médecins en formation pour un titre professionnel particulier.

Art. 17. Les actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique ne peuvent être réalisés sur un mineur que moyennant l'accord écrit du représentant légal ou des représentants légaux du mineur.

Tout acte relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique sur un mineur fait l'objet d'une concertation préalable entre le mineur, son représentant légal ou ses représentants légaux et un médecin spécialiste en psychiatrie ou un psychologue. Cette concertation fait l'objet d'un rapport écrit qui fait partie intégrante du dossier médical du patient mineur.

CHAPITRE 6. - *Information et consentement*

Art. 18. § 1er. Préalablement à tout acte de chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale, le praticien responsable fournit les informations suivantes au patient et, le cas échéant, à son représentant légal ou à ses représentants légaux :

- 1° les techniques et les conditions de réalisation de l'acte;
- 2° les risques majeurs potentiels et les éventuelles conséquences et complications majeures;
- 3° le type de matériel implanté ou de produit injecté, en ce compris sa dénomination et ses caractéristiques (volume, mesures, quantité);
- 4° les coordonnées du producteur et, le cas échéant, de l'importateur du matériel implanté ou du produit injecté;
- 5° l'identité et le titre professionnel dont sont titulaires le praticien ou les praticiens réalisant l'acte projeté;
- 6° une évaluation détaillée des frais lorsque le montant des frais liés à l'acte projeté est évalué à plus de 1.000 euros. Ce montant est indexé au 1er janvier de chaque année suivant la formule d'indexation suivante : montant de base x nouvel indice santé/indice santé de base. L'indice santé de base est celui en vigueur au 31 décembre 2012. Le nouvel indice est celui qui interviendra successivement au 31 décembre de chaque année.

§ 2. Pour tout acte de chirurgie esthétique, le praticien responsable fournit les informations visées au paragraphe 1er au patient au cours d'une consultation préalable.

§ 3. Les informations visées au paragraphe 1er font l'objet d'un compte rendu écrit, daté et signé par le patient ou, le cas échéant, son représentant légal ou ses représentants légaux et les praticiens concernés. Ce compte rendu fait partie intégrante du dossier médical du patient.

Lorsque plusieurs actes identiques, au niveau de la technique et du produit utilisés, sont réalisés dans le cadre d'un même traitement, les informations visées au paragraphe 1er font l'objet d'un unique compte-rendu tel que visé à l'alinéa précédent.

§ 4. Le texte du présent article est reproduit sur le compte rendu visé au paragraphe 3.

§ 5. Les informations visées au paragraphe 1er sont fournies au patient, et, le cas échéant, à son représentant légal ou à ses représentants légaux, sans préjudice d'autres informations à fournir en vertu d'autres dispositions, ou de modalités selon lesquelles ces informations doivent être communiquées ou conservées.

Art. 19. La signature du compte rendu visé à l'article 18, § 3, alinéa 1er, par les parties fait courir le délai prévu à l'article 20.

Art. 20. Pour tout acte de chirurgie esthétique, un délai minimum de quinze jours s'écoule entre la signature du compte rendu visé à l'article 18, § 3, alinéa 1er, et l'acte projeté.

Pendant cette période, il ne peut être exigé ou obtenu par le praticien pour cet acte aucune contrepartie quelconque ni aucun engagement financier à l'exception des honoraires afférents aux consultations préalables à l'acte.

CHAPITRE 7. - *Dispositions pénales*

Art. 21. Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal, ainsi que, s'il échet, de l'application de sanctions disciplinaires, le médecin ou le dentiste qui, en infraction aux articles 9 à 16 accomplit habituellement un acte relevant de la chirurgie esthétique ou de la médecine esthétique non chirurgicale sans y être habilité conformément à la présente loi est puni d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de deux cent cinquante euros à dix mille euros ou d'une de ces peines seulement.

Art. 22. Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal ainsi que, le cas échéant, de l'application de sanctions disciplinaires, le praticien visé par la présente loi qui commet une infraction à l'article 17, 18 ou 20 est puni d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de deux cent cinquante euros à cinq mille euros ou d'une de ces peines seulement.

CHAPITRE 8. - Conseil de l'Esthétique médicale

Art. 23. Il est créé un Conseil de l'Esthétique médicale.

Le Roi définit la composition et le fonctionnement de ce Conseil. Ce Conseil est composé de titulaires du diplôme de médecins et pour moitié de titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, visé à l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991. Ce Conseil comprend également des titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en esthétique médicale non chirurgicale et des titulaires du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en dermato-vénérologie.

CHAPITRE 9. - Mesures transitoires

Art. 24. § 1er. Une période d'exercice de la médecine esthétique non chirurgicale, d'une durée d'au moins trois ans à temps plein ou d'une durée équivalente à temps partiel, peut être validée comme valant pour tout ou partie de la formation menant au titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale. La demande doit être introduite dans un délai de deux ans après l'entrée en vigueur de l'article 10.

§ 2. Les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale au jour de l'entrée en vigueur du présent article sont autorisés à pratiquer le médecine esthétique non chirurgicale.

La demande d'autorisation doit être introduite dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent article.

Durant ce délai, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la médecine esthétique non chirurgicale au jour de l'entrée en vigueur du présent article restent autorisés à pratiquer la médecine esthétique non chirurgicale.

§ 3. Les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la lipoaspiration au jour de l'entrée en vigueur du présent article sont habilités à pratiquer cet acte, avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration. La demande d'habilitation doit être introduite dans un délai d'un an après l'entrée en vigueur du présent article. Durant ce délai, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent qui peuvent justifier d'une expérience régulière de plus de cinq ans de pratique de la lipoaspiration, au jour de l'entrée en vigueur du présent article, restent habilités à pratiquer cet acte, avec un maximum d'un litre de matière aspirée par acte, en ce compris le liquide d'infiltration.

§ 4. Les demandes visées aux paragraphes 1er, 2 et 3 sont traitées selon la procédure applicable aux demandes d'agrément pour le titre professionnel particulier de médecin spécialiste en médecine esthétique non chirurgicale.

§ 5. Tant que la formation visée à l'article 15, § 1er, n'aura pas été définie par le Roi, sans que cette période puisse excéder un an à partir de l'entrée en vigueur du présent article, l'exigence de cette formation est remplacée par une déclaration sur l'honneur de l'esthéticien concerné, attestant qu'il dispose des compétences requises pour l'utilisation des techniques d'épilation par laser de classe 4 ou par lumière pulsée intense.

§ 6. Jusqu'à l'entrée en vigueur de l'article 10, les titulaires d'un master en médecine ou équivalent sont habilités à pratiquer l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale et les actes relevant de la chirurgie esthétique visés à l'article 10, § 2.

CHAPITRE 10. - Entrée en vigueur

Art. 25. L'article 10 entre en vigueur à une date à fixer par le Roi et au plus tard le 1er septembre 2014.

NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE : ARTICLE 13 (Réanimation)

REGLE INTERPRETATIVE 03 (en vigueur depuis le 01.12.2012) (M.B. du 10.06.2013 – p. 36321)

QUESTION

Sous quel numéro d'ordre doit-on attester une dialyse pour insuffisance rénale aiguë effectuée dans une unité de traitement des grands brûlés (code service 290) ?

REPONSE

Epuration extra-rénale réalisée pour insuffisance rénale aiguë ... dans une unité de traitement des grands brûlés (code service 290) doit être attestée sous le numéro d'ordre 470466.

NOUVELLES REGLES INTERPRETATIVES : ARTICLE 17quater - Echographies

REGLE INTERPRETATIVE 02 (en vigueur depuis le 01.02.2011) (M.B. du 10.06.2013 – p. 36320)

QUESTION

Par quels médecins, les prestations de l'article 17quater, § 1er, qui ne sont pas reprises dans les listes de l'article 17quater, § 3, peuvent-elles être attestées ?

REPONSE

Les prestations qui ne sont pas attribuées à certaines spécialités tombent sous l'application de l'intitulé général de l'article 17quater, § 1er : Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste (B) à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic (R).

Ces prestations peuvent donc être attestées par chaque médecin spécialiste, à l'exception du médecin spécialiste en radiodiagnostic.

REGLE INTERPRETATIVE 03 (en vigueur depuis le 01.04.2003) (M.B. du 10.06.2013 – p. 36321)

QUESTION

Comment déterminer si oui ou non les médecins "collaborent habituellement de façon organisée" ?

REPONSE

Dans le cadre de l'échographie cardiaque, les termes "collaborent habituellement de façon organisée" doivent être interprétés dans le sens où les médecins spécialistes, travaillant au sein d'un même hôpital et/ou d'une même pratique de groupe privée, sont considérés comme collaborer "habituellement de façon organisée".

NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE : ARTICLE 20, § 1er, f) (Neuropsychiatrie)

REGLE INTERPRETATIVE 05 (en vigueur depuis le 25.06.2013) (M.B. du 25.06.2013 – p. 40483)

QUESTION

La prestation 477131-477142 * Examen électro-encéphalographique avec rapport K 58,5 peut-elle être remboursée plus d'une fois par an quand elle est réalisée pour un patient hospitalisé dans un service NIC ?

REPONSE

La prestation 477131-477142 * Examen électro-encéphalographique avec rapport K 58,5 peut être remboursée plus d'une fois par an quand elle est réalisée pour un patient hospitalisé dans un service NIC.

NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE : ARTICLE 29, § 1er (orthopédistes)

REGLE INTERPRETATIVE 32 (en vigueur depuis le 01.02.1993) (M.B. du 14.06.2013 – p. 38323)

QUESTION

Qu'entend-on par 'lésion bilatérale' pour la prestation 643775 ?

Quelle prestation doit être attestée pour des chaussures orthopédiques qui appartiennent à des postes différents repris dans la prestation 643753 ?

REPONSE

Par 'lésion bilatérale', on entend que le patient a aux deux pieds une lésion qui tombe sous le même poste.

Quand un patient a à gauche et à droite un poste différent qui figure dans la prestation 643753, cela n'est pas considéré comme une lésion bilatérale et la prestation 643753 peut être attestée deux fois.

La même chose vaut pour la prestation 643716 et 643731.

NOUVELLE REGLE INTERPRETATIVE : ARTICLE 35, § 1er (implants)

REGLE INTERPRETATIVE 22 (en vigueur depuis le 01.04.2013) (M.B. du 31.05.2013 – p. 35051)

QUESTION

Quand est-ce que la prestation "737774-737785 Plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage, à l'exception des plaques pour trochanter" peut être attestée ?

REPONSE

La prestation "737774-737785 Plaque péri-prothétique spécialement conçue pour un placement avec câble(s) de cerclage, à l'exception des plaques pour trochanter" ne peut être attestée que si une tige prothétique est déjà en place.

ANNONCES

- 13023 **RIXENSART (BRABANT WALLON) : A LOUER** par demi-journée(s), journée(s) ou soirée(s) 4 cabinets de consultations dans un centre médical multidisciplinaire. Convient pour médecins spécialistes ou paramédicaux. Proximité et connexion avec service de radiologie. Déménagement au printemps 2013 dans des locaux neufs sur le même site. Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 après 20 h 00.
- 13024 **BRUXELLES** : Centre de radiologie privé au sud de Bruxelles recherche **RADIOLOGUE-SENOLOGUE** pour collaboration stable. Accès facile et parking privé. Il peut s'agir d'un full-time ou d'un part-time selon meilleures convenances. Contacter Damou au 0486/27.18.52 - "RADIOLOGUE".
- 13029 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **MEDECINE NUCLEAIRE** mi-temps. Info : philippe.deleuse@vivalia.be ou london.virginie@ifac.be
- 13031 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **ONCOLOGIE MEDICALE** temps plein. Info : philippe.deleuse@vivalia.be
- 13052 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **PNEUMOLOGIE** temps plein. Info : philippe.deleuse@vivalia.be ou simons.robert@ifac.be
- 13053 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **PSYCHIATRIE** temps plein. Info : philippe.deleuse@vivalia.be
- 13054 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA - IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **SOINS INTENSIFS** - réanimation temps plein. Info : philippe.deleuse@vivalia.be ou karakally.ferial@ifac.be
- 13055 **A VENDRE** : divers livres de médecine anciens (chirurgie & autres) mais en bon état suite à l'arrêt d'activité professionnelle en 1998. Contact par GSM 0477/60.14.63 entre 18 h et 20 h. Dr Yves Van Crombrugge.
- 13060 **CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT-LOBBES** recherche pour le service de Psychiatrie un **MEDECIN PSYCHIATRE, CHEF DE SERVICE**. Pour tout renseignement et candidatures, s'adresser au Dr C. Ravoet, Directeur Médical (christophe.ravoet@entitejolimontoise.be).
- 13061 **CENTRE HOSPITALIER DE JOLIMONT-LOBBES** recherche pour le site de Lobbes un **INTERNISTE GENERAL**. Pour renseignements et candidatures, s'adresser au Dr C. Ravoet, Directeur médical (christophe.ravoet@entitejolimontoise.be) ou au Dr Genevieve Derue, chef de service (genevieve.derue@entitejolimontoise.be).
- 13068 **BRUXELLES** : Centre médical Malou à 1200 Bruxelles cherche **ORTHOPEDISTE, CARDIOLOGUE** et **GASTROENTEROLOGUE**. Contacter le Dr Lechien au 02/770.44.47.
- 13069 **BRUXELLES** : L'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) recrute : **CHEF DE SERVICE (H/F) POUR LE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE** (11/11) (réf. : RH/A23/13). Entre autres conditions : être reconnu médecin spécialiste en radiodiagnostic avec compétence et/ou expérience de plus de 10 ans dans le domaine de l'imagerie médicale pédiatrique. Date de clôture de l'appel aux candidats : **31 août 2013**. Pour de plus amples renseignements : Département des ressources humaines - gestion des médecins, tél. : 02/477.26.81 – e-mail : stephanie.degieter@huderf.be
- 13071 **A VENDRE** : **MATERIEL MEDICAL CONST ORL** : divan, siège ex difra, armoire mét. Maquet, instr const, microscope Zeiss aus Jena, audio, source lum. froide... Contact : 0475/32.99.43 ou 04/365.74.90 en soirée.
- 13072 **VERVIERS** : Le Centre hospitalier Peltzer-La Tourelle recrute des médecins **SMU, SMA** et **SPECIALISTES POUR GARDES DE SMUR**. Conditions attractives. Pour toute information, contacter le Dr Olivier Louis, chef de service par téléphone au 087/21.28.01 ou par courriel à l'adresse : olivier.louis@chplt.be
- 13073 **CHIMAY** : Le Centre de Santé des Fagnes (CSF) de Chimay recrute des médecins à temps partiel ou à temps plein (de préférence) pour son service des urgences. Profil médical : **SMU, TPPSU, SMA** (h/f). Tout complément d'information peut être obtenu auprès de Monsieur JP. Levant, Directeur général. Si vous êtes intéressé(e), merci de faire parvenir votre candidature accompagnée d'un curriculum vitae au :
 • Docteur Alain COLLET, chef de service des urgences, Centre de Santé des Fagnes, Boulevard Louise 18 à 6460 Chimay (☎ 060/218.803 - dr.a.collet@csf.be);
 • Docteur Patrice DRIESCHAERT, médecin en chef (☎ 060/218.706 – Fax 060/218.779 - medecin.chef@csf.be);
 • Monsieur Jean-Paul LEVANT, directeur général (☎ 060/218.761 ou 060/218.774 – Fax 060/218.779. - jp.levant@csf.be)
- 13075 **BRUXELLES** : Centre médical Malou à 1200 Bruxelles cherche **ORTHOPEDISTE, RADIOLOGUE, CARDIOLOGUE** et **GASTROENTEROLOGUE** pour part-time. Contacter le Dr Lechien au 02/770.44.47.
- 13076 **BASTOGNE** : VIVALIA – IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche pour son site de Bastogne un **MEDECIN ASSISTANT SMA** temps plein (activité mixte – hospitalière & urgences). Rémunération très intéressante. Info : Philippe.Deleuse@vivalia.be; simons.robert@ifac.be
- 13077 **MARCHE-EN-FAMENNE/BASTOGNE** : VIVALIA – IFAC (hôpitaux de Marche-en-Famenne et de Bastogne) recherche un médecin spécialiste en **CARDIOLOGIE** temps plein. Rémunération très intéressante. Info : Philippe.Deleuse@vivalia.be; elhusseini.ziad@ifac.be
- 13078 **BRUXELLES** : L'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF) recrute : **1 MEDECIN RESIDENT (H/F) POUR LE SERVICE ANESTHESIOLOGIE/REANIMATION** (11/11) (réf. : RH/A26/13). Entre autres conditions : être reconnu en qualité de médecin spécialiste en pédiatrie ayant une expérience en néonatalogie intensive sans encore en avoir la reconnaissance et souhaitant obtenir le titre professionnel. Date de clôture de l'appel aux candidats : **31.07.2013**. Pour de plus amples renseignements : Département des ressources humaines - gestion des médecins, tél. : 02/477.26.81 – e-mail : stephanie.degieter@huderf.be
- 13079 **MONS** : Le CHR Mons-Warquignies cherche un **CHEF DE SERVICE EN GASTRO-ENTEROLOGIE**; conditions très attractives. Contacts : Jean-Michel LEBRUN, Vandycke & Partners, jm.lebrun@me.com – 0475/97.26.29.

Table des matières

• La fin du système de la médico-mut et l'industrialisation de la médecine.....	1
• De la transparence, rien que de la transparence ou comment faire un usage abusif de la directive européenne relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers	2
• Examens de la fonction pulmonaire : lettre de l'Union professionnelle des médecins belges spécialistes en pneumologie au Journal du Médecin	3
• Symposium UP belge d'ORL et de chirurgie cervico-faciale "ORL PRO 2013" (21.09.2013).....	5
• Symposium Union professionnelle des chirurgiens belges – UEMS Section of Surgery : The European Symposium THE FUTURE OF SURGERY IN EUROPE (20.09.2013)	6
• Loi du 23 mai 2013 réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique)	7
• Nouvelle règle interprétative : article 13 (réanimation)	10
• Nouvelles règles interprétatives : article 17quater - échographies	11
• Nouvelle règle interprétative : article 20, § 1er, f) (neuropsychiatrie).....	11
• Nouvelle règle interprétative : article 29, § 1er (orthopédistes)	11
• Nouvelle règle interprétative : article 35, § 1er (implants)	11
• Annonces	12