
Le Médecin Spécialiste

Organe du Groupement des Unions
Professionnelles Belges
de Médecins Spécialistes

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

ISSN 0770-8181 - MENSUEL

N° 1 / JANVIER 2005

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

DEMOTTE VEUT UNE LOI-SANTE SPECIALE POUR L'ANNEE DECRETEE "ANNEE DU COQ" EN CHINE

Juste avant que l'année ne s'achève, le Cabinet restreint a approuvé un projet de nouvelle Loi-santé du ministre Demotte prévoyant entre autres choses des pouvoirs spéciaux très étendus dans le domaine de l'Assurance maladie et de la Loi sur les hôpitaux. Ce projet a entre-temps été transmis pour avis au Conseil d'Etat et sera ensuite soumis au Parlement. Le ministre espère que sa loi pourra être finalisée au printemps. Nous vous présentons quelques-uns des aspects importants de ce projet de loi.

Fonds spécial de solidarité (FSS)

Un premier chapitre intitulé "Mesures de protection en faveur de patients" est consacré au FSS (initialement : maladies rares et prestations exceptionnelles). Sur le website du ministre fédéral, il est expliqué (uniquement en français) à propos de ce volet que l'objectif poursuivi est d'élargir l'intervention de l'assurance aux prestations "**non exceptionnelles**" dans le cadre d'une "**indication rare**" (ex. : "une prothèse dentaire fixe rendue indispensable par suite de l'opération d'une tumeur de la langue") ou, dans le cadre du traitement d'affections rares, aux prestations non coûteuses en tant que telles mais dont la fréquence et la complexité rendent les soins très coûteux (certains pansements par exemple). Le ministre veut également pouvoir rembourser, pendant une durée limitée, des techniques médicales innovantes qui ne sont pas encore intégrées dans la nomenclature.

Il veut également assouplir les conditions d'intervention du Fonds spécial de solidarité pour les enfants.

De la notion de "maladies rares", on passe donc aux "**indications rares**" (en d'autres termes anormales par rapport à la pratique normale?) et, de "**soins coûteux**", on passe à des "**prestations non coûteuses**" dont la fréquence et la complexité rendent les soins très coûteux. Il est également question de "**techniques médicales innovantes**" (néanmoins définies comme des prestations présentant une valeur scientifique et une efficacité largement reconnues par les instances médicales faisant autorité et dont le stade expérimental est dépassé). Le traitement doit porter sur une "affection portant atteinte aux fonctions vitales du bénéficiaire" (en d'autres termes un concept large et par conséquent pas d'avantage exceptionnel).

Pourtant, il est stipulé dans le texte que : "*le fait que la prestation ne soit pas remboursée dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé ou du moins dans l'indication justifiant la demande alors qu'elle pourrait l'être dans d'autres indications, ne constitue pas en soi un caractère de rareté.*" Le ministre ne se rend probablement pas compte du caractère de principe fondamental de cette disposition pour la portée de la couverture de notre assurance-maladie : même lorsqu'une intervention médicalement justifiée et vitale réalisée par un médecin s'écarte des indications ordinaires, sa prestation ne peut pas – à moins d'une intervention exceptionnelle du Fonds spécial de solidarité – être portée en compte à l'assurance-maladie. Le revers (oublié) de la médaille est toutefois que son intervention vitale est sanctionnée par le SECM sur base de l'art. 73 et suivant les procédures de l'art. 141 de la loi SSI.

En d'autres termes, on trouve manifestement normal que des affections portant atteinte aux fonctions vitales traitées par des techniques médicalement justifiées ne soient remboursées par notre régime d'assurance sociale que si le traitement a lieu suivant les indications moyennes.

Dans la mesure où les situations nécessitant l'intervention du FSS attirent assez régulièrement l'attention des caméras de télévision, on peut se demander si on n'est pas en train ici de vulgariser ce type de situation, précisément en raison de cet effet médiatique.

Il va ainsi se développer une nomenclature d'exception des prestations et des dispositifs médicaux par le biais du Collège des médecins-directeurs (CMD) en marge de – par dérogation à – une nomenclature ordinaire qui a malheureusement plusieurs années de retard sur les évolutions techniques et scientifiques. Ces prestations doivent être prescrites par un spécialiste alors que l'art. 73 de la loi SSI prévoit que le médecin prescripteur de ces prescriptions ou déviations par rapport à une pratique normale (= ce que le médecin normalement prudent et diligent ferait dans des circonstances similaires) est sanctionné. En outre, la définition des termes "techniques innovantes" correspond ici plutôt à celle de la pratique "lege artis" moderne établie ("largement reconnue par les instances médicales faisant autorité et dont le stade expérimental est dépassé"). Cet aspect est encore renforcé par le fait que des prestations fréquentes entrent également en considération.

Du reste, dans une des dernières dispositions de ce chapitre, il est dit que le rapport annuel du Collège des médecins-directeurs peut contenir des propositions ou suggestions en vue de l'amélioration ou de l'adaptation de l'assurance maladie et invalidité normale. Ces propositions ou suggestions sont transmises aux organes compétents (par exemple au Conseil technique médical, ...). Le ministre est par conséquent bien conscient du problème.

Viennent ensuite les mesures concernant les situations de pratiques normales dans le cadre de la loi SSI et de la Loi sur les hôpitaux.

A. Modifications dans la Loi Soins de Santé et Indemnités (anciennement loi AMI, maintenant loi SSI)

Accréditation

(art. 7) Art. 36 bis§1 loi-SSI:

Il est ajouté aux conditions d'accréditation : le respect de règles ou de recommandations en rapport avec la prescription rationnelle de médicaments et de prestations spécialistes fixées par le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) ou la Commission de remboursement des médicaments.

Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) et les procédures de sanction

(art. 8) Le précédent ministre des Affaires sociales voulait supprimer les commissions de profils. Elles réapparaissent ici comme instance pouvant être à l'initiative d'une procédure de l'article 141 §3 (poursuite pour cause de surconsommation – sur base d'un dossier individuel du SECM – et donc pas sur la base d'un dépassement des indicateurs du CNPQ), tout comme les mutuelles et le SECM peuvent le faire. Les commissions de profils sont des organes composés paritairement qui sont certainement les plus indiqués pour introduire une procédure. Par conséquent, il serait nettement préférable d'adapter la procédure. D'ailleurs, les mutuelles en tant que telles peuvent difficilement simultanément introduire une procédure de sanction et ensuite faire office, dans le cadre de cette procédure, d' "auditeur", c'est-à-dire de représentant de la défense. Il serait bien plus raisonnable que le SECM renvoie un cas individuel vers la commission de profil, cette dernière intervenant alors comme organe d'évaluation décidant d'introduire ou non une procédure.

Montants de référence ...

(art. 9) Art. 56 ter loi SSI : au §5 de cet article portant sur les montants de référence, il était stipulé que les dépenses réelles qui dépassent de 10 % au moins les montants de référence devaient être déduites par le service de perception centrale des honoraires.

Dans le projet, les 10 % sont supprimés. Les montants de référence (définis en son temps par Vandebroucke comme la moyenne plus 10%) sont conservés tels quels pour le reste. Mais une possibilité alternative est introduite comme décrit à l'art. 10 ci-après (forfait).

Le Ministre se livre ici manifestement à de l' "overshooting". Son prédécesseur avait compris qu'il était mathématiquement impossible de comprimer toutes les variations de pratique raisonnable en dessous d'une moyenne de $\pm 10\%$. Le montant de référence actuel est la moyenne + 21 %. Maintenant que Demotte va créer un forfait "all-in" qui prendra en compte, espérons-le, des variations de pratique justifiées, il n'est pas raisonnable de réduire la variation autour des montants de référence à 10%.

Il est regrettable que l'art. 137 de la loi sur les hôpitaux ne soit pas adapté maintenant que plus loin dans le projet (voir infra : art. 26) les retenues sur les honoraires seraient gelées pendant 1 an. L'art. 137 prévoyait l'imputation de l'incorporation via le service de perception centrale sous une formulation désespérément compliquée. On pourrait maintenant tout simplement écrire que le remboursement est proportionnel à la part du médecin conformément aux accords qui sont d'application entre le CM et le gestionnaire conformément à l'art. 140 de la loi sur les hôpitaux.

...ou forfaits

(art. 10) Un art. 56 quater est inséré dans la loi SSI : par dérogation aux dispositions de l'art. 56ter, un forfait à fixer par le Roi peut être appliqué conformément aux conditions à fixer par Lui, par admission à l'hôpital d'un bénéficiaire. Ledit forfait comporte des groupes de prestations à désigner par Lui, visés à l'article 56 ter §§ 8 et 10 (*ndlr : les prestations actuelles visées par les montants de référence*) pour autant que ceux-ci aient trait aux groupes APR-DRG désignés par Lui visés aux §§ 9 et 10 (*ndlr : les APR-DRG prévus actuels*) du même article.

(ndlr : il convient toutefois de prendre en compte que, en vertu de l'art. 42, le ministre veut également disposer de pouvoirs spéciaux pour pouvoir modifier unilatéralement toutes les dispositions de la loi).

Le Roi désigne les groupes de prestations et les groupes APR-DRG visés au premier alinéa après avis de la structure multipartite visée à l'art. 153 de la loi du 29 avril 1996 susmentionnée. (*ndlr : certes un avis ordinaire*).

Appareillage médical lourd, services médicaux et services médico-techniques

(art. 11) Modifie l'art. 64 de la loi SSI relatif à l'appareillage médical lourd ou aux services médicaux, services médico-techniques, sections ou fonctions programmés et agréés. L'actuel premier alinéa de l'article prévoit un certain nombre de conditions de remboursement pour les prestations effectuées au moyen de cet appareillage ou dans ces services, comme le numéro d'identification (et compteur) des appareils ou le numéro d'identification du service, ainsi que l'agrément ministériel sur base de critères en matière de qualité et de quantité.

Le troisième alinéa de l'art. 64 est remplacé. En résumé, il est prévu que, à compter du 1er janvier 2005, il est interdit de facturer au patient des prestations qui ne satisfont pas aux conditions mentionnées à l'alinéa premier (par exemple des prestations effectuées avec un appareil de RMN ou un PET non agréé). Les infractions sont constatées par les médecins-inspecteurs de l'INAMI et les procès-verbaux sont communiqués au ministre qui a le budget des hôpitaux dans ses attributions, et ce en vue de l'application de l'article 107, § 1er, b) et c) de la loi sur les hôpitaux (*ndlr : cet article concerne le financement du budget et les subsides aux hôpitaux*). *Par ailleurs, la portée en compte injustifiée de prestations à l'AMI est probablement réprimée suivant les procédures classiques du SECM. Cependant, dans la mesure où l'agrément et la programmation relèvent de la responsabilité de l'hôpital et non de celle des médecins, le contrevenant est, selon nous, le dispensateur de soins-hôpital et non pas le médecin. Pour cette même raison, ce qui suit n'est pas logique*).

Un §2 est inséré : Si un appareil médical est installé ou exploité dans un hôpital, sans une autorisation ou sans agrément, les forfaits et honoraires désignés par l'A.R., pour des prestations qui ont été effectuées dans cet hôpital pendant le semestre où les faits ont été constatés, sont réduits d'un pourcentage fixé par A.R., qui ne peut pas être supérieur à 10 %. (*ndlr : les médecins doivent manifestement payer; le ministre détermine quels sont les forfaits, honoraires ou prestations*).

Ce qui est pire encore, c'est que cette règle s'applique également dans le cas où un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un service médical ou un programme de soins est exploité sans agrément visé à l'article 68 (*ndlr : par conséquent tous les centres d'activités non agréés, même ceux qui ne font pas l'objet d'une programmation*), ou en violation des critères de programmation ou du nombre maximum comme visé aux articles 23 (modifié par le projet, voir infra), 44bis ou 44ter de la loi sur les hôpitaux.

Les conséquences des responsabilités du gestionnaire de l'hôpital doivent par conséquent être supportées par les médecins ! Les médecins ne sont-ils pas déjà suffisamment pénalisés par le fait de perdre leur instrument de travail à la suite d'une mauvaise gestion? Normalement, ils devraient pouvoir attaquer la personne du gestionnaire pour obtenir réparation du préjudice subi !

La sanction financière (%) susvisée ne peut d'aucune façon être portée en compte au patient.

Le médecin-inspecteur peut saisir les appareils et le matériel au moyen desquels les infractions sont commises et fermer les locaux dans lesquels les mêmes infractions sont commises. *En d'autres termes, les*

médecins se retrouvent sans leur instrument de travail à cause du gestionnaire de l'hôpital. (N.B. : le fait qu'un inspecteur de l'INAMI puisse agir en l'espèce constitue à nos yeux un dépassement de compétence; cette matière relève de la compétence des Communautés).

§3. Les dispositions du §2 sont également d'application vis-à-vis des médecins qui sont actifs dans une pratique, en dehors d'un hôpital où des appareils programmés sont installés ou exploités en violation des articles 40, 41, 44, 44bis ou 44ter (appareillage lourd et services programmés, ...).

Ici aussi, une réduction des honoraires ou des forfaits est appliquée aux honoraires des médecins concernés, même si les prestations ont été effectuées en dehors du lieu de pratique. Attention ! Il n'est pas question ici des honoraires "fixés par le Ministre" mais tout simplement des "honoraires ou des forfaits dus aux médecins concernés" (*y compris ceux qui n'ont rien à voir avec l'infraction !*).

N.B. : les dispositions de l'art. 11 entrent en vigueur le 01.07.2005.

Le délégué qualité

(art. 13) Un nouvel art. 190bis est inséré dans la loi SSI : les Ministres de la Santé publique et des Affaires sociales désignent un **délégué** – nommé par A.R. pour une durée de 6 ans – qui est chargé **à temps plein** d'organiser la coordination du pilotage des différentes initiatives et de leur évaluation, qui sont développées dans le domaine de la **promotion de la qualité** des soins de santé, de la promotion des bonnes pratiques médicales et du bon usage des moyens.

Il fait rapport régulièrement aux Ministres et son but est de "diminuer la variabilité dans l'exercice des pratiques médicales". Les ministres peuvent charger ce délégué de toute mission visant à garantir la coordination entre les initiatives prises par l'INAMI, les Services publics fédéraux compétents, le Centre fédéral d'expertise, la Structure multipartite en rapport avec la politique hospitalière et l'Agence intermutualiste.

Le "délégué qualité" est assisté dans l'exercice de sa mission par un Comité de pilotage dont la composition est fixée par A.R.

Actions en justice menées par les Fonctionnaires dirigeants

(art. 16) Dans les différents organes de l'INAMI (Comité général, Conseil général, Comité de gestion du Service des indemnités ... mais également le Comité du SECM) pouvant introduire des actions en justice dans le cadre de leurs compétences, une décision en ce sens pouvait jusqu'à présent, en cas d'urgence, également être prise par le fonctionnaire dirigeant du Service, pourvu que cette décision soit approuvée par l'organe concerné lors de sa plus prochaine séance. Le projet supprime les termes stipulant que la décision doit être approuvée lors de sa plus prochaine séance et ne prévoit pas le moindre délai. Ceci équivaut à des pouvoirs spéciaux au niveau des fonctionnaires dirigeants.

B. Modification de la loi sur les hôpitaux (loi sur les hôpitaux coordonnée le 07.08.1987)

Bassins de soins (en néerlandais : Zorgregio's), programmation et agrément

(art. 17 et 18) art. 23 de la loi sur les hôpitaux : la fixation des critères qui sont d'application pour la programmation s'effectue désormais "compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir à l'intérieur d'un territoire à fixer". (*Le texte qui suit est totalement supprimé, y compris la répartition équitable des lits entre les divers secteurs représentant les pouvoirs organisateurs d'hôpitaux. Le projet introduit donc les "bassins de soins" de Demotte.*) L'article 24 est adapté dans le même sens. Les "territoires" doivent naturellement encore être fixés (*par les Communautés?*).

(N.B. : la coordination anticipative complète des dispositions relatives à la programmation est annexée).

(art. 19): l'art. 41 de la loi sur les hôpitaux (l'appareillage médical lourd) est complété par un alinéa. Les critères de programmation visés au deuxième alinéa sont ceux visés aux articles 23 et 24 (*et donnent lieu par conséquent à la fixation d'un territoire dans les limites duquel l'appareillage médical lourd programmé visé doit permettre de desservir les besoins spécifiques de la population en ce qui concerne cet appareillage*).

(art. 20): l'art. 44 ter (services médico-techniques programmés) est complété par un alinéa analogue pour ce qui concerne les services médico-techniques programmés.

(art. 21): à l'art. 69 de la loi sur les hôpitaux qui prévoit notamment des normes spéciales pour (voir sous 3° de cet article) "des groupements, des fusions et des associations d'hôpitaux", il est maintenant inséré un 2°

et un 3^e alinéa stipulant que : " Les associations d'hôpitaux visées au 3^e de l'alinéa 1er peuvent être exploitées par une personne morale. Seules les personnes morales qui exploitent les hôpitaux qui font partie de l'association visée à l'alinéa précédent peuvent être membre ou associé de la personne morale qui exploite cette association."

(ndlr : nous croyons comprendre de ce texte que le ministre veut provoquer des associations d'hôpitaux dans les limites de ses bassins de soins bien que le terme "peuvent" ouvre naturellement la porte à toutes les autres situations. En revanche, une notion à laquelle d'autres mesures (ex. des avantages) pourront être couplées est ici créée. La disposition qui suit constitue déjà un pas de plus en avant.)

Une association d'hôpitaux est ... un hôpital.

(art. 22): un nouveau 2^e et un 3^e alinéa sont insérés à l'art. 87 de la loi sur les hôpitaux : "Le budget des moyens financiers est fixé, à l'intérieur du budget global visé au 1er alinéa, séparément pour chaque association d'hôpitaux si celle-ci est exploitée par une personne morale en application de l'article 69, alinéa 2.

Dans le présent chapitre, on entend par « hôpital », un hôpital ou une association qui est exploité par une personne morale, comme visé à l'alinéa précédent. "

(ndlr : cela semble malgré tout contraire au principe de l'art. 10 §1: "Chaque hôpital a une gestion distincte". Comment peut-on fixer un budget commun pour une association de deux ou plus hôpitaux si chacun d'entre eux a un agrément distinct, une gestion distincte et par conséquent une comptabilité distincte, un conseil médical qui lui est propre et des accords financiers qui lui sont propres? Il convient toutefois de remarquer que la disposition de "UN hôpital" est uniquement d'application pour le Chapitre V du Titre III de la loi sur les hôpitaux (et donc pas pour le Titre IV = statut des médecins hospitaliers). Ainsi, il subsiste des conseils médicaux distincts et des pourcentages de retenue distincts mais on instaure un seul financement hospitalier commun. Le principe de glissements budgétaires "internes" entre les hôpitaux associés devient possible).

(art. 23): un nouvel alinéa est inséré à l'art. 107 ter : "Le Roi peut fixer des règles et des conditions spécifiques pour l'application des dispositions de ce chapitre vis-à-vis des associations d'hôpitaux, comme mentionné à l'article 87, deuxième et troisième alinéas".

Services d'urgences

(art. 24): Soins d'urgences. A partir du 01.07.2005, la disposition de l'art. 107 quater est remplacée par : "Art. 107quater §1er. Il ne peut être réclamé de contribution aux patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence d'un hôpital."

En principe, on ne peut rien demander au patient dans un service d'urgences (Quid cependant des soins esthétiques? Ou des soins non prévus dans la nomenclature?)

Par contre, suivant le § 2, on doit (et non pas "peut") demander une contribution de 9,50 euros et de 4,75 euros pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, jusqu'à ce que le ministre lève la mesure. (N.B. : ce montant est défini comme une contribution, un montant asexué présentant toutes les caractéristiques d'un ticket modérateur, sans en être un. Une contribution à quoi?). Elle est portée en compte avec le pseudo-code 0761036 et est comptabilisée au service des urgences sauf dans une des situations suivantes :

- le patient est amené par le SMUR ou par les services de police
- le patient est admis via l'unité de soins d'urgences pour au moins une nuit
- le patient est référé par un médecin
- la consultation débute entre 21 heures et 6 heures du matin.

SMUR

(art. 25): concerne le SMUR. Tous les frais liés aux interventions du SMUR sont couverts par le budget des moyens financiers de l'hôpital, à l'exception des honoraires visés à l'article 95.

Année décrétée "année du coq" en Chine

(art. 26): insertion à l'art. 140 de la loi sur les hôpitaux. Du 01.07.05 au 30.06.06, c'est-à-dire à cheval sur les deux prochains exercices, les accords financiers entre le gestionnaire et le conseil médical sont gelés pour une durée de 365 jours, ce qui veut dire que le montant des retenues sur base annuelle des §§3 et 4 de l'art. 140 ne peut pas être supérieur au montant correspondant entre le 01.01.2004 et le 31.12.2004. Par dérogation, le montant maximum peut être adapté en fonction (%) de la variation du montant total des honoraires (perçus de façon centrale). En outre, des catégories spécifiques de frais auxquelles ce

paragraphe ne s'applique pas, peuvent être définies par A.R. Tout accord entre le gestionnaire et le conseil médical qui déroge à ces dispositions est nul de plein droit.

Etant donné que la mesure n'entre en vigueur que le 01.07.05 et cesse de porter ses effets le 31.06.06, tous les sacrifices peuvent être demandés et imposés durant les six mois qui précèdent et durant les six mois qui suivent. La période susvisée correspond à l'année décrétée "année du coq" en Chine, c'est-à-dire la période durant laquelle aucun œuf n'est pondu

Programmation et normes PET et RMN

(art. 27 à 41): les dispositions annulées récemment par le Conseil d'Etat concernant la programmation et les normes du scanner PET et de la RMN sont rétablies.

POUVOIRS SPECIAUX

(art. 43) Afin de contrôler l'objectif budgétaire global 2005 (INAMI), un certain nombre de mesures ayant force de loi peuvent être prises par A.R. délibéré en Conseil des ministres. Ces mesures sont :

- limitées à la concrétisation de l'objectif budgétaire 2005 mais cette motivation est très extensible sans compter que le gouvernement peut encore revoir l'objectif budgétaire global;
- définies dans un sens très large; toutes les mesures sont en fait possibles, y compris l'adaptation des honoraires n'ayant aucun effet sur l'objectif budgétaire et la modification des conditions de remboursement. Dans la première version, on trouvait également les termes "modifier ou remplacer les accords". Grâce à l'intervention commune de l'ABSyM et du GBS le 22.12.2004, cela a été limité aux conventions de l'art. 23 §3, en d'autres termes aux conventions de réadaptation.

Les mesures peuvent être prises entre le 01.04.2005 et le 31.12.2005.

Elles n'ont plus d'effets après le 31.12.2006 sauf si elles ont été sanctionnées légalement (ce qui n'est généralement qu'une formalité – cf. l'approbation de tous les A.R. durant la précédente période de pouvoirs spéciaux à la fin 1997).

Les mesures sont prises par dérogation aux procédures de la loi SSI (INAMI) ou de la Loi sur les hôpitaux (ex. Commission paritaire médecins-hôpitaux). Le but est de :

- combattre tous les usages inadéquats et abus et à garantir un contrôle efficace des dépenses, dans et en dehors des hôpitaux;
 - adapter l'intervention de l'assurance et les conditions d'octroi ainsi que les honoraires des prestations de santé;
 - abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions légales en vigueur qui concernent l'assurance obligatoire soins de santé ou la loi sur les hôpitaux. La seule – mais elle est vraiment minimale – garantie démocratique réside dans le fait que les mesures doivent être communiquées aux Présidents de la Chambre et du Sénat.
 - pouvoir compléter, modifier ou remplacer les conventions visées à l'article 23, § 3 (conventions de réadaptation, centres médico-pédiatriques, ...).
- Tous les arrêtés peuvent être soumis à la Chambre pour être sanctionnés légalement.*

BANQUE-CARREFOUR DES ENTREPRISES (BCE) – LE NUMÉRO D'ENTREPRISE

Qu'est-ce que le Numéro d'Entreprise?

Le numéro d'entreprise a été instauré depuis le 1 juillet 2003¹ afin de prévoir dans une clé unique d'identification des entreprises qui peut être utilisée lors de l'échange des données entre les entreprises et les pouvoirs publics et s'inscrit dans le processus de digitalisation des données dans le contexte de l'e-government. Depuis le 1 janvier 2005 toutes les entreprises sont obligées d'utiliser ce numéro dans leurs communications avec l'Administration. Le numéro d'entreprise est composé 10 positions numériques uniques. En pratique, il s'agit du numéro d'identification à la TVA ou le numéro du Registre National des Personnes Morales précédé d'un 0.

Le numéro d'entreprise remplacera à terme tous les autres numéros spécifiques attribués par les pouvoirs publics aux entreprises notamment le numéro de registre de commerce, le numéro du Registre National des Personnes Morales et le numéro de la TVA. et après une période transitoire aussi le numéro d'employeur ONSS.

¹ Loi du 16 janvier 2003 portant création d'une Banque-Carrefour des Entreprises, modernisation du registre de commerce, création de guichets-entreprises agréés et portant diverses dispositions (Moniteur Belge du 05.02.2003)

Le numéro d'entreprise doit être mentionné sur tous les actes, factures, annonces, communications, lettres, ordres et autres pièces. Cette obligation s'étend également aux e-mails, fax, tickets de caisse, ... mais non aux folders, affiches et annonces publicitaires. Le numéro d'entreprise doit aussi être indiqué de façon apparente sur les bâtiments p.e. au moyen d'un document derrière une vitre. Il n'est donc pas nécessaire de peindre le numéro d'entreprise sur le bâtiment même.

La loi programme du 27 décembre 2004² a fortement assoupli l'obligation d'afficher le numéro d'entreprise sur les véhicules et limité cette obligation à des véhicules utilisés pour le commerce ambulancier, les sociétés de nettoyage etc.

Qui reçoit un numéro d'entreprise?

La Banque-carrefour des Entreprises enregistre les données relatives aux personnes suivantes :

- 1) les personnes morales de droit belge;
- 2) les personnes morales de droit étranger ou international disposant d'un siège en Belgique ou devant se faire enregistrer en exécution d'une obligation établie par la loi belge;
- 3) chaque personne physique, morale ou association qui
 - o agit en qualité d'entreprise commerciale ou artisanale ou
 - o est soumise à la sécurité sociale en tant qu'employeur ou
 - o est soumise à la TVA ou
 - o exerce en qualité d'indépendant une profession intellectuelle, libre ou de prestataire de services
- 4) de même les unités d'établissement des personnes du point 1°, 2° et 3°, pour autant que l'enregistrement de ces unités d'établissement soit nécessaire à l'exécution de la loi belge.

Les personnes exerçant, en qualité d'indépendant, une profession libérale (avocats, médecins, etc.), intellectuelle libre (comptables,...) ou de prestataire de services (professions paramédicales telles que les logopèdes, ...) n'ont pas encore été intégrées dans la BCE pour des raisons techniques. Ces professions seront ultérieurement introduites dans la banque de données. Les personnes concernées ne doivent pas entreprendre de démarches supplémentaires. La procédure pour l'obtention du numéro d'entreprise paraîtra plus tard. Les professions mentionnées ci-dessus figurent bel et bien dans la BCE en cas d'assujettissement à la TVA ou si elles sont enregistrées comme employeur auprès de l'ONSS.

La Mention du numéro d'entreprise Comment?

Pour toutes les entreprises ci-dessous qui sont assujetties à la TVA, en ce compris les ASBL, le numéro d'entreprise doit être précédé de la mention "TVA BE".	
Entreprise en personne physique	
Antérieurement TVA BE 123.456.789 RC Niv. 98.765	Maintenant: TVA BE 0123.456.789
Sociétés commerciales – personnes morales	
Antérieurement: TVA BE 123.456.789 RC Bruxelles 987.654	Maintenant: TVA BE 0123.456.789 RPM Bruxelles
Sociétés civiles	
Antérieurement: TVA BE 123.456.789 RSC Namur 98.765	Maintenant: TVA BE 0123.456.789 RPM Namur
ASBL	
Antérieurement: TVA BE 123.456.789	Maintenant: TVA BE 0123.456.789
Les entreprises soumises au règlement d'exemption de la TVA pour petites entreprises (art.56, §2 code-TVA) ne peuvent pas mentionner les lettres BE. Dans ce cas, le numéro d'entreprise sera uniquement précédé de la mention «TVA»	
Antérieurement: Personne physique TVA 123.456.789 RC Niv. 98.765 Personne morale TVA 123.456.789 RC Bruxelles 987.654	Maintenant: Personne physique TVA 0123.456.789 Personne morale TVA 0123.456.789 RPM Bruxelles
Les entreprises non assujetties à la TVA mentionnent uniquement le numéro d'entreprise	
Antérieurement: RC Bruxelles 987.654	Maintenant: 0123.456.789

² Moniteur Belge du 31.12.2004

Les médecins qui exercent leurs activités par le biais d'une société ne doivent pas mentionner le numéro d'entreprise sur les attestations de soins. Ils doivent cependant mentionner ce numéro dans toute la correspondance avec l'administration.

Une brochure claire et complète peut être téléchargé sur le site web du SPF Economie. Le numéro d'entreprise peut par un système de recherche publique, disponible sur le site web du SPF Economie être recherché ainsi qu'un relevé de tous les guichets d'entreprises agréés.

(http://mineco.fgov.be/redirect_new.asp?loc=/entreprises/crossroads_bank/faq_enterprises_windows/nr_Faq_nl.htm)

REGLES INTERPRETATIVES ARTICLE 28, § 1ER (IMPLANTS) (M.B. DU 30.12.2004)

REGLE INTERPRETATIVE 13 (en vigueur depuis le 1.3.2004)

QUESTION :

Les prestations 612054-612065 « Cathéter transendoscopique à ballon type Fogarty pour extraction de calculs biliaires » de l'article 28 de la nomenclature et 731091-731102 « Ensemble du matériel de consommation et du matériel implantable utilisé lors de la prestation 473830- 473841, par voie endoscopique » de l'article 35bis de la nomenclature peuvent-elles être cumulées ?

REPONSE :

Les prestations 612054-612065 et 731091-731102 ne sont pas cumulables entre elles.

REGLES INTERPRETATIVES ARTICLES 22 ET 23 (PHYSIOTHERAPIE) (M.B. DU 17.01.2005)

REGLE INTERPRETATIVE 6 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Lors d'un même traitement de rééducation pluridisciplinaire, les prestations 558810-558821 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance..... K 30 et 558832-558843 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance.... K 60 peuvent-elles être combinées pour une même affection de la liste limitative reprise à l'article 23, § 11, de la nomenclature ?

Par exemple : dans la phase post-opératoire immédiate après le placement d'une prothèse totale de hanche, il est souvent impossible de procéder à une rééducation fonctionnelle intensive de deux heures et il est proposé d'attester le code 558810-558821 K 30 les premiers jours.

REPONSE

Si le médecin estime que le patient atteint d'une affection répertoriée comme un K 60 sur la liste limitative et notifiée comme telle au médecin-conseil à un moment donné ou même pour la série complète ne nécessite pas ou n'est pas en état de subir un traitement d'au moins 120 minutes, la prestation 558810-558821 K 30 peut être attestée pour autant que cette thérapie pluridisciplinaire ait une durée d'au moins 60 minutes et qu'il soit satisfait aux autres conditions concernant les disciplines impliquées et les techniques appliquées. Le total de ces traitements K 30 et K 60 combinés ne peut pas dépasser le nombre maximum de séances prévu pour l'affection dans la liste limitative.

REGLE INTERPRETATIVE 7 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Qu'est-ce qu'une lésion nerveuse périphérique telle que visée sous le code 201 A de la liste limitative reprise à l'article 23, § 11, de la nomenclature ? Un EMG doit-il être effectué avec une preuve positive de la pathologie ou la symptomatologie clinique suffit-elle ?

REPONSE

La nomenclature ne contient pas une liste des lésions possibles. Il doit toutefois s'agir d'une lésion grave qui ne peut pas être rééduquée de manière suffisante par un traitement monodisciplinaire 558795-558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale..... K 20.

Le dossier médical doit contenir toutes les preuves nécessaires (examen d'admission, discussion d'équipe avec tous les collaborateurs de la rééducation fonctionnelle, pièces justificatives du diagnostic, etc.). Les seules données de l'examen clinique ne suffisent donc pas.

REGLE INTERPRETATIVE 8 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

La prestation 558994 Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale.... K 60 peut-elle être cumulée avec une consultation suite à un contrôle après respectivement 12, 24, 36 séances ?

REPONSE

Conformément aux dispositions de l'article 23, § 2, 1er alinéa, de la nomenclature, le cumul des honoraires pour consultation avec les honoraires pour la prestation 558994 Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale.... K 60 n'est autorisé qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription du traitement et à l'occasion de la consultation d'évaluation finale.

REGLE INTERPRETATIVE 9 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

La prestation 558994 Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale....K 60 peut-elle être attestée pour un patient dont les antécédents présentent une intervention au niveau de la colonne vertébrale (par exemple, 2 ans auparavant). Dans ce cas, suffit-il que le patient souffre de cervicalgies ou de dorsolombalgies mécaniques aspécifiques depuis plus de 6 semaines ?

REPONSE

L'article 23, § 8, 2e alinéa, de la nomenclature précise que :

« La série de prestations 558994 - ne peut être attestée qu'une seule fois par assuré. Il peut être attesté au maximum 36 de ces prestations, pendant une période de six mois. Elles ne peuvent être portées en compte que pour les indications suivantes:

1° cervicalgies ou dorsolombalgies mécaniques aspécifiques apparues depuis plus de 6 semaines;

2° moins de 3 mois après une chirurgie vertébrale correctrice; »

Ces deux critères doivent être lus séparément.

Si le patient présente des cervicalgies ou des dorsolombalgies mécaniques aspécifiques depuis plus de 6 semaines, il peut bénéficier du remboursement de la prestation 558994 K 60.

La prestation ne peut être attestée pour le traitement de patients qui, antérieurement (plus de 3 mois) ont été opérés pour une pathologie du dos et se trouvent actuellement dans une situation post-opératoire stabilisée.

REGLE INTERPRETATIVE 10 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Lors de l'attestation de la prestation 558795-558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques visées ci-dessous par séance (thérapie psychomotrice,) les 18 premières séances K 20, y a-t-il lieu de tenir compte du nombre de prestations 558795-558806 K 15 effectuées avant le 1er août 2004 ?

REPONSE

A partir du 1er août 2004, on peut attester au maximum 18 fois la prestation 558795-558806 K 20 et ensuite, selon que le patient est ambulatoire ou hospitalisé, soit 30 fois la prestation 558390 K 15, soit la prestation 558423 K 15 sans limitation.

Le 1er août 2004, le compteur est dès lors remis à zéro.

REGLE INTERPRETATIVE 11 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

La prestation 558795-558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques les 18 premières séances K 20 peut-elle être attestée après l'expiration du nombre maximum de séances 558810-558821 K 30 ou 558832-558843 K 60 mentionné sur la liste limitative de l'article 23, § 11, de la nomenclature ?

REPONSE

Une série de prestations 558810-558821 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance... K 30 ou 558832-558843 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance... K 60 ne peut pas être suivie des prestations 558795-558806 Rééducation qui, outre la gymnastique médicale ... les 18 premières séances K 20, 558390 Rééducation de la 19e à la 48e séance incluse K 15 ou 558423 Rééducation ... à partir de la 19e séance K 15, étant donné que pour l'optimisation et la conservation du résultat après une série de traitements 558810-558821, 558832-558843 ou 558994, la nomenclature prévoit la prestation spécifique 558434-558445 Rééducation associée à de l'ergothérapie après la fin d'un traitement de rééducation pluridisciplinaire (558810-558821, 558832-558843,...) K 15.

REGLE INTERPRETATIVE 12 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « même situation pathologique » mentionnés à l'article 23, § 5, 3e alinéa, ou au § 6, 4e et 5e alinéas, de la nomenclature :

-« Les honoraires pour les prestations 558810-558821 et 558832-558843 ne peuvent pas, pour la même situation pathologique, être portés en compte avec ou après des prestations portées en compte dans le cadre des conventions ».

- « Le nombre maximum de séances de rééducation effectuées sous les prestations 558795-558806 et 558390 concerne un nombre maximum de séances par année civile et pour la même situation pathologique. ».

- « La prestation 558434-558445 peut être portée en compte au maximum 104 fois par assuré après la série de traitements de rééducation 558810-558821, 558832-558843 ou 558994 - pour la même situation pathologique. » ?

Comment faut-il comprendre cette notion de « même situation pathologique » dans les exemples suivants :

- polyarthrite;
- sclérose en plaques;
- existence concomitante de deux pathologies chroniques;
- algoneurodystrophie survenant dans le décours d'une affection traumatique.

REPOSE

En cas de polyarthrite, l'apparition alternée de douleurs dans plusieurs articulations (d'abord à gauche, puis à droite...) ne signifie pas chaque fois l'apparition d'une autre situation pathologique. Dans ce cas, le maximum absolu par année civile pour les prestations 558795-558806 et 558390 est applicable, à moins qu'un dossier documenté (intervalle sans plaintes, valeurs de laboratoire normalisées, etc...) puisse démontrer le contraire.

En ce qui concerne la sclérose en plaques, il n'est question d'une autre situation pathologique que lors d'une nouvelle perte d'autonomie importante et démontrable.

Dans le cas de la coexistence de deux pathologies chroniques, la situation pathologique du patient doit être considérée à un moment donné comme un ensemble.

L'apparition secondaire d'une algoneurodystrophie documentée doit être considérée comme une situation pathologique différente de l'affection traumatique initiale.

REGLE INTERPRETATIVE 13 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Que faut-il comprendre par le rôle de coordination du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, mentionné à l'article 23, § 6, 1er alinéa, de la nomenclature des prestations de santé ?

REPOSE

La fonction de coordination du médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation n'exige pas la présence physique du médecin coordinateur pendant les traitements. La nomenclature ne précisant pas ce que cette coordination comporte, il faut la comprendre comme ce qui est communément compris par ce concept.

Il s'agit dès lors pour le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation de prendre en charge l'organisation et la coordination des différentes initiatives de réadaptation fonctionnelle au sein de l'hôpital afin d'optimiser l'investissement de l'infrastructure et du personnel et de garantir la continuité des soins.

Pour cette raison, la rééducation fonctionnelle multidisciplinaire dispensée en hôpital par un médecin-réadaptateur qui n'est pas agréé en médecine physique et réadaptation s'effectue en concertation avec le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation- coordinateur qui cosignera le formulaire standard de notification transmis au médecin-conseil de l'organisme assureur.

REGLE INTERPRETATIVE 14 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Qui peut attester la prestation 558950-558961 Examen d'admission au traitement avec établissement du dossier de traitement et d'un plan de traitement détaillé... K 20 ?

REPONSE

La prestation 558950-558961 Examen d'admission au traitement avec établissement du dossier de traitement et d'un plan de traitement détaillé... K 20 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et non au médecin spécialiste en réadaptation neurologique, respiratoire ou locomotrice même si ce médecin effectue le traitement de rééducation pour des affections qui appartiennent à son agrément de réadaptation.

REGLE INTERPRETATIVE 15 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Le libellé des prestations 558810-558821 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance... K 30 et 558832-558843 Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance... K 60 mentionne: « ...au moins deux disciplines, parmi lesquelles l'ergothérapie ou la kinésithérapie... ». Quelles sont les autres disciplines ?

REPONSE

Les disciplines visées aux articles 22 et 23 de la nomenclature sont celles du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, du logopède, du psychologue clinique, du diététicien et du prothésiste-orthopédiste.

REGLE INTERPRETATIVE 16 (en vigueur depuis le 17.1.2005)

QUESTION

Si chez un patient, différentes affections de la liste limitative surviennent en même temps ou successivement, des notifications séparées peuvent-elles être établies pour chaque rubrique et le nombre de séances fixé pour les différentes rubriques peut-il alors être cumulé ?

REPONSE

La situation pathologique du patient à un moment donné doit être considérée comme un ensemble. Dans ce cas, une seule notification est envoyée et les différentes pathologies de la liste qui sont présentes doivent être mentionnées. Le nombre de prestations autorisé est celui de la pathologie qui bénéficie du quota le plus élevé. Il est dès lors exclu d'établir deux notifications qui cumulent le nombre de séances.

Si au cours du traitement survient une nouvelle pathologie de la liste, pathologie qui n'existait dès lors pas auparavant, une nouvelle notification peut être envoyée, pour autant que ce soit opportun. Elle met fin à la première série, qui ne peut donc pas être épuisée. Pour cette nouvelle pathologie, le nombre maximum de séances prévu dans la liste limitative peut être attesté.

MODIFICATION DE LA NOMENCLATURE EN PEDIATRIE

12 JANVIER 2005. - Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne les dispositions de l'article 26, § 4, 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 18.01.2005)

Article 1er. A l'article, 26, § 4, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par l'arrêté royal du 12 août 1994 sont apportées les adaptations suivantes :

1° à l'alinéa 1er, le numéro de prestation 474515-474526 est supprimé;

2° l'alinéa 2 est abrogé.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

N.B. : L'art. 26 §4 comprend une liste des prestations pour lesquelles aucuns honoraires d'urgence ne peuvent être portés en compte. Le code 474515/526 est supprimé de cette liste. C'est la réalisation du projet N0405/02 de l'accord médico-mutualiste du 15.12.2003 pour une valeur de 1,339 million d'euros.

LE TITRE PROFESSIONNEL PARTICULIER EN ONCOLOGIE – FIN DE LA PERIODE TRANSITOIRE LE 04.04.05

L'arrêté ministériel du 11 mars 2003 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en oncologie, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en oncologie a été publié dans le Moniteur Belge du 26 mars 2003 et est entré en vigueur 10 jours après la publication.

Dans le cadre des mesures transitoires, il est prévu à l'article 6 de cet arrêté que peut être agréé comme porteur du titre professionnel particulier en oncologie, un médecin spécialiste, notoirement connu comme particulièrement compétent en oncologie ou qui apporte la preuve qu'il exerce l'oncologie de manière substantielle et importante, depuis quatre années au moins après son agréation comme médecin spécialiste, avec un niveau de connaissance suffisant pour autant qu'il en fait la demande dans les deux ans à partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté. La preuve qu'il est notoirement connu comme particulièrement compétent peut être apportée notamment par ses publications personnelles, sa participation active à des congrès nationaux et internationaux, à des réunions scientifiques d'oncologie de sa discipline, par une activité typique de l'oncologie de sa discipline.

Les médecins qui dans le cadre des mesures transitoires désirent obtenir le titre professionnel particulier doivent introduire, **avant le 4 avril 2005**, un dossier auprès de la commission d'agréation de leur spécialité à l'adresse suivante : Service Public Fédéral Santé Publique, Commission d'agréation (ajouter le nom de la spécialité), Quartier Vésale, CAE, 1010 Bruxelles.

ANNONCES

- 04017* **RADIOLOGUE POLYVALENT (US/Dopp, séno, scanner, IRM)** assure à temps plein votre remplacement (cabinet et hôpital) à BRU, BRAB. W, HAINAUT, évt. Namur. Tél. : 0486/06.59.73
- 04026* **JODOIGNE** : Le cabinet médical du Marché aux Chevaux cherche **SPÉCIALISTES** collaborateurs. Tél. soir 02/779.28.15 ou 0479.45.80.41.
- 04076 **RIXENSART** (Brabant wallon) : **A LOUER** dans Centre de consultations idéalement situé, rdc, 2 cabinets spacieux, pour médecins spécialistes en rhumatologie, médecine du sport, médecine physique, pneumologie... Pour renseignements et conditions : 010/61.61.38 le soir après 20 h.
- 04099 **FRANCE** : Languedoc 10 min de la mer : Groupe de quatre **RADIOLOGUES** cherche successeur cause retraite d'un des associés. Radiologie générale, mammographie dépistage, échographie, pars scanner et Irm privés. Cabinet en pleine expansion, dans bel immeuble 2003 privé avec parking clientèle. CONTACT: 00.33.6.08 92 08 04 – 00.33.6.81 79 64 37.
- 04112 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **INTERNISTE-ENDOCRINOLOGUE** pour reprise du service. Envoyer CV au Dr Willy PAGE, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 04122 **BRUXELLES** : Centre de médecine spécialisée situé à 1080 Bruxelles (square Machtens) recherche la collaboration d'un(e) **CHIRURGIEN** et d'un(e) **PLASTICIEN** pour reprise du service. Envoyer CV au Dr Willy PAGE, rue du Saphir 33, à 1030 Bruxelles.
- 04127 **FRANCE** (Vignoble nantais – Loire-Atlantique) : Groupe de spécialistes médecins recherche **ASSOCIÉ TOUTE SPÉCIALITÉ**. Contacter le Dr GAUTIER au 00.33.2.40.54.28.87 ou par e-mail : gautierhubert@wanadoo.fr
- 05001 **A VENDRE** pour cause de cessation d'activité : ① Instrumentation de base pour chirurgie des nerfs périphériques, (CODMAN et AESCULAP notamment), en très bon état, prix demandé 500 € ② Instrumentation de base crâne et colonne, complète et en très bon état, prix demandé 2000 €. S'adresser au Dr Jean-Marc SNOECK, avenue Gustave 40a, à 1640 RHODE SAINT GENESE, Tél./Fax : 02/358.23.05 ou laisser un message sur le répondeur.
- 05002 **WAVRE** : **À LOUER** par demi-journée, cabinet médical aménagé ou à aménager dans quartier des 4 Sapins. Possibilité de secrétariat sur place. Contact : 0475 629052 ou 010 248 278.
- 05003 **BRUXELLES** : Le Secrétariat Général du Conseil de l'Union européenne à Bruxelles lance un appel d'offres relatif à : Prestation de services d'un **MÉDECIN PÉDIATRE** pour la crèche du Secrétariat général du Conseil de l'Union européenne à Bruxelles - Réf.: UCA 401/04. Les détails de ce marché ont été publiés au Journal Officiel de l'Union européenne (<http://ted.publications.eu.int>) n° S 243 du 14 décembre 2004. Les informations peuvent être obtenues en consultant le site Internet du Conseil de l'Union européenne (<http://ue.eu.int/callstend>) ou, en alternative, en écrivant à l'adresse suivante : Conseil de l'Union européenne, Secrétariat Général, Unité de Coordination des acquisitions (Bureau 1070 KL 77), rue de la Loi 175, 1048 Bruxelles (fax +32-2-285.80.93).
- 05005 **LIBRAMONT** : Le Centre Hospitalier de l'Ardenne, Avenue de Houffalize 35 – 6800 LIBRAMONT, recrute, **pour la fonction SUS et SMUR, Médecin BMA**. Les candidats éventuels peuvent obtenir de plus amples renseignements au sujet de la fonction auprès du Docteur P. Rutten (061/238.111) - Docteur V. Magotteaux (061/238.651). Les candidatures sont à adresser au Directeur Médical (Dr P. Rutten) du Centre Hospitalier de l'Ardenne, avenue de Houffalize 35 à 6800 LIBRAMONT.

Table des matières

• Demotte veut une loi-santé spéciale pour l'année décrétée "année du coq" en Chine	1
• Banque-Carrefour des Entreprises (BCE) – Le numéro d'entreprise	6
• Règles interprétatives article 28, § 1er (Implants) (M.B. du 30.12.2004)	8
• Règles interprétatives articles 22 et 23 (Physiothérapie) (M.B. du 17.01.2005)	8
• Modification de la nomenclature en pédiatrie	11
• Le titre professionnel particulier en oncologie – Fin de la période transitoire le 04.04.05	11
• Annonces	12