
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-Specialisten

Verantwoordelijke uitgever : Dr M. MOENS
Redactiesecretariaat : J. Van den Nieuwenhof
Kroonlaan 20 - 1050 Brussel
Tel. : 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90
E-mail : info@VBS-GBS.org

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

N° 2 / MAART 2009

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

**ALGEMENE VERGADERING VAN HET VBS
(07.02.2009)**

TOESPRAAK VAN DE VOORZITTER

BESTE VRIENDEN,

In 2008 hebben we een regering zien komen en hebben we een regering zien gaan, en waren we getuige van de teloorgang van gevestigde Belgische waarden als Fortis en Dexia. Maar 2008 zal vooral in de geheugens gegrift blijven als het jaar van de crisis, met financiële verliezen voor tal van gezinnen, de ineenstorting van een rist pensioenfondsen en de redding van het financiële systeem door Vadertje Staat.

In 2008, hebben we als arts een nieuwe conventie, een indexatie van 4,32% met uitzondering van de anesthesisten, maar vooral het oncologisch plan van de minister en de financiering van nieuwe projecten voor een belachelijk bedrag. Ons gezondheidssysteem waar we zo fier op waren, scoort blijkbaar minder goed dan verwacht. We zijn pas 12de op 31 bij de "euro-health consumer index". We scoren niet slecht voor de toegankelijkheid en voor de kostprijs, maar wel voor de "outcomes", de resultaten en de informatieverwerking. Ondanks de enorme administratieve gegevensstroom die wij moeten doorgeven aan de overheid, onder vorm van MKG, minimale verpleegkundige gegevens, codificatie en identificatie voor geneesmiddelen, aanvragen bij de adviserend geneesheren van de ziekenfondsen, statistieken over infecties, gebruik van medicatie en substitutie en noem maar op, zijn wij in België onbekwaam om deze degelijk te verwerken en daarmee naar buiten te komen. Volgens De Standaard van 14 november 2008 staan wij 10 jaar achter op de andere Europese landen. Desondanks beschikken de ziekenfondsen en het intermutualistisch college over gegevensstromen waarin de zorgverleners zelf geen inzage hebben. Bij de onderhandelingen over akkoorden die volgens de wettelijke regels in paritaire organen dienen te gebeuren, leidt dit tot voorkennis en onevenwichtige verhoudingen. De partijen zijn niet langer gelijk bij de onderhandelingen.

Morgen komen de referentiebedragen op ons af. Om problemen met uitvoeringsbesluiten te vermijden, werd de gehele regeling dan maar in een programmawet gestopt. De problematiek is het historisch gevolg van een "actief" ziekenhuisbeheer. De referentiebedragen worden aan de ziekenhuisbeheerders opgelegd, maar de financiële narigheden ervan worden doorgeschoven naar de medische raden, waar ze aanleiding zullen geven tot onderlinge betwistingen tussen ziekenhuisdiensten en conflicten tussen artsen en ziekenhuisbeheerders. Is dit dan nog gezondheidsbeleid?

De algemene conclusie van de "Euro-health consumer index" 2008 is "Bismarck beats Beveridge": de gezondheidssystemen gebaseerd op een brede waaier van sociale verzekeringsinstellingen die organisatorisch onafhankelijk zijn van de zorgverleners (Bismarck) scoren veel beter dan systemen

waar zowel de financiering als de organisatie van de zorgverlening geïntegreerd zijn in éénzelfde overheidsstructuur (zoals de Britse NHS).

Waar zit dan de Belgische gezondheidszorg met aan de éne kant de politieke overheid en aan de andere de overwegend politiek gebonden ziekenfondsen? Beide evolueren samen in één convergerend belangenmodel. In Belgium “Bismarck goes Beveridge”. In het Belgische gezondheidsbeleid verglijden zowel de financierings- als de gegevensstromen meer en meer naar politiek gebonden en verzuilde structuren van het gezondheidszorgsysteem. Er is dus geen echt paritair onderhandelingsmodel meer. Maar om die kritiek uit de weg te gaan, krijgen de artsen in de media regelmatig het verwijt van corporatistisch syndicalisme.

Wie durft nog te spreken van een beleid wanneer privé-modellen tegen alle adviezen in van hoge raden en officiële adviesorganen als systeem worden opgelegd, zoals vb. in het kader van de oncologie, waar talloze bijzonder bekwame specialisten verhinderd worden hun wetenschappelijke en technische kwaliteiten en vaardigheden in het kader van hun discipline op correcte wijze uit te oefenen. Kan men dan nog spreken over een gezondheidsbeleid? Of moet men spreken van beleidsmanipulatie?

En dan was er onlangs die storm in een glas water naar aanleiding van bepaalde wantoestanden met betrekking tot de academisering. Een van de troeven van ons gezondheidssysteem was de kwaliteit van de opleidingen. Kwaliteit die door onze buurlanden unaniem werd erkend. Tot wanneer bepaalde academici hun kennis en macht begonnen aan te wenden om de opleiding en het beroep te overheersen. Niet alleen werd de opleiding tot arts getoiletteerd maar sommigen willen nog verder gaan en streven naar een volledige academisering van de beroepsopleiding van de geneesheer-specialist. In dat geval wordt de rol van de beroepsbank in de erkenningscommissies herleid tot het louter bekrachtigen van de door de universitaire stagemeeester genomen beslissingen. Het beroep, de geneesheren-specialisten dreigen de technici te worden van een academische opleiding die toegelaten is binnen een netwerk. We mogen ons geen rad voor de ogen laten draaien. Door de opleiding van een specialist binnen één enkele universiteit te houden, wordt ze verengd tot een beperkte visie op de medische praktijkvoering en tot het aanleren van enkel die technieken die men de kandidaat-specialist graag wil bijbrengen. Het is ook vreemd om de opleiding te willen linken aan het concept van het zorgnetwerk dat de academische ziekenhuizen omringt. Het universitair ziekenhuis is niet langer een academisch ziekenhuis, maar een technologisch centrum waar bepaalde voorbehouden vormen van geneeskunde worden uitgeoefend die ongeoorloofd of onmogelijk dreigen te worden in de andere ziekenhuizen. De vraag is of dit soort geneeskunde en opleiding nuttig is voor het technische en wetenschappelijke potentieel van het gezondheidssysteem, en dus voordelig is voor de patiënten? Zouden een dergelijke oriëntering van de opleiding van de geneesheren-specialisten en de controle ervan door geneeskundefaculteiten – en niet langer door het gehele beroep – niet veeleer ingegeven zijn door een economische logica van de met geldproblemen kampende universitaire ziekenhuizen? Op 22/10/2005 omschreef de Franstalige koninklijke academie voor geneeskunde de oprichting van een “Doctorsschool voor Thematiek in Klinische en Experimentele Geneeskunde” als volgt: *“De beperking van het aantal kandidaat-specialisten op het klinische terrein vormt immers een reële bedreiging voor de kwaliteit en de continuïteit van de zorgen waarvoor deze stagemeeesters verantwoordelijk zijn”*. Als de kwaliteit en de continuïteit in gevaar zijn, zouden de verantwoordelijken van deze diensten zich dan niet in de eerste plaats moeten bekommeren om de normale omkadering van de ziekenhuisstructuren? Eigenaardig is de reactie van sommige universiteitsprofessoren op het editoriaal van de Geneesheer-Specialist van november 2008 en op de tekst over “het verdriet van de academisering”. In de erkenningscommissie anesthesie-reanimatie willen de Franstalige anesthesieprofessoren met mij alleen nog spreken over zuiver administratieve aangelegenheden. Hoe kan een editoriaal dat enkel wijst op de rechten van de assistenten in opleiding een dergelijke reactie teweegbrengen? Ik laat u er zelf over oordelen en beraad mij intussen over de woorden “editoriaal” en “rechten”. Waarom maakt dit artikel her en der emotionele reacties los die niet gebaseerd zijn op rationele argumenten? Moet men er, naast de open polemiek, een grond van waarheid in zien, die kan kwetsen? Maar als dat zo is, waarom dan wel? Staan er leugens in het artikel? Nee! Staan er verzonnen feiten in? Nee! En als deze feiten waarover sommige kandidaat-specialisten getuigen echt zijn, blijft het enige dat kan kwetsen de commentaren die uitsluitend gaan over aangehaalde gevallen. Als deze commentaren kwetsend of provocerend zijn, kan dat enkel gelden voor de

gevallen waarover het relaas wordt gedaan en dus voor de betrokken personen. Het artikel valt geenszins het universitaire milieu of een academische opleiding aan. Het keurt de misbruiken van sommigen af. En het mag duidelijk zijn: gelukkig is dat een minderheid.

Wat te zeggen van de numerus clausus? In de Franse gemeenschap is die om zo te zeggen afgeschaft in de opleiding tot arts. Het moet dan ook geen verbazing wekken dat iemand als Bart De Wever de splitsing van de sociale zekerheid vraagt om het teveel aan Franstalige artsen niet te moeten "financieren"? Ook hier dreigt de onenigheid tussen de artsen, de verschillen Noord/ Zuid te worden gebruikt. Het VBS blijft een nationale organisatie die kwaliteitsgeneeskunde nastreeft die overal, voor iedereen en op elk moment toegankelijk is. Wij houden ons ver van de onderlinge twisten en de vooringenomenheid; wij moeten verenigd blijven. Wij betreuren dan ook alle initiatieven van beroepsverenigingen die, zonder het VBS daarover te raadplegen, in verspreide slagorde willen optreden. De recente ontwikkelingen in het oncologiedossier tonen aan hoezeer eenheid en overleg nu nodig zijn. Daarom zijn we bijzonder trots op ons bestuurscomité, dat alle specialismen verenigt en via een democratisch debat ons beleid uitstippelt. Ik dank de bestuursleden die onze haast nachtelijke vergaderingen bijwonen en door hun talrijke aanwezigheid getuigen van de vitaliteit van onze organisatie.

De inzet van onze talloze bestuursleden is indrukwekkend. Maar we moeten ook allen samen werken aan onze toekomst. Hoe kan men verder met actieve geneesheren aanwezig blijven in tal van vergaderingen en onderhandelingen? Men onderschat de inzet en het dynamisme van al die artsen die hun vrije tijd besteden aan de behartiging van de belangen van een hoogstaande beroepsuitoefening en aan de bevordering van de kwaliteit van de zorgverlening opdat optimale gezondheidszorg kan toegankelijk blijven voor iedere Belg. Artsen die een voltijds zelfstandige activiteit hebben moeten zich vrij kunnen maken om vergaderingen bij te wonen, terwijl hun gesprekspartners meestal loontrekkend zijn en de tijd hebben om dossiers voor te bereiden en vergaderingen bij te wonen. Zal men morgen nog alleen kunnen rekenen op gepensioneerde artsen of artsen in dienstverband? Dit stelt de vraag over de werking van ons systeem. Dit stelt tevens de vraag over de inzet van jongere collegae. Dit stelt de vraag over de toekomst van alle artsenorganisaties. We moeten dringend binnen alle monospecialistische beroepsverenigingen en binnen de structuren van ons Verbond werk maken van de toekomst van organisaties als het V.B.S.

Vanzelfsprekend worden de dossiers voorbereid door Jos, Fanny, en al de andere medewerkers van onze organisatie. Al de teksten moeten vertaald worden en zonder Josiane en Raf zou dit niet mogelijk zijn. Het behandelen van dossiers vereist een secretariaat, met Delphine, een administratie met Brigitte, een technologie en informatisering van de gegevens, inclusief de accreditering, wat zonder Pierre en Koen niet mogelijk zou zijn. En dan blijven er kleine taken over. Zonder drukwerk kan men niet verder, nietwaar Vincent. Aan jullie allen mijn grootste dank, en mijn waardering.

En dan is er om te besluiten onze secretaris-generaal zonder wie het VBS mijns inziens een organisatie zonder mentor zou zijn. Zonder Marcs welhaast encyclopedische kennis van wetteksten en verordeningen zou het VBS het moeilijk hebben om een even belangrijke stem in het gezondheidsbeleid te hebben. Door zijn aanwezigheid in talloze comités, beslissings- en overlegorganen, zijn contacten met de pers, mutualiteiten en politici bekleedt hij een onmisbare en cruciale positie. Voor al je werk, en ik mag gerust zeggen werk van dag en nacht, voor je beschikbaarheid en je deskundigheid die haar gelijke niet kent, voor je enthousiasme en toewijding, Marc, dank ik jou in naam van ons allemaal.

Voor 2009 heb ik in de nieuwjaarswensen gepleit voor een geneeskunde van hoogstaande kwaliteit. Kwaliteit kan niet zonder een universele toegankelijkheid, het gebruik van de beste technologie en geneesmiddelen, maar vooral niet zonder de prestaties van artsen die vol toewijding voor hun patiënten verder werken aan de gezondheidszorg, in al zijn aspecten, fysiek, psychologisch, spiritueel en sociaal.

Ik dank u voor wat gedaan werd en geef u mijn steun om hieraan verder te werken.

Bedankt aan allen. Laten we verder werken aan een gezondheidszorg, aan een kwaliteitsvolle zorg die voor iedereen toegankelijk is.

Dr. J.L Demeere

STATUUT ARTSEN – SPECIALISTEN IN OPLEIDING

Dr. Marc MOENS – 10.02.2009

Commissie voor de Volksgezondheid, het Leefmilieu en de Maatschappelijke Hernieuwing Kamer van Volksvertegenwoordigers

Zowel de Belgische vereniging van artsensyndicaten (BVAS) als het Verbond van Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten (VBS) maakt zich ernstig zorgen over de situatie waarin sommige van de artsen in opleiding zich bevinden. Voorafgaand wil ik toch stellen dat er veel meer stageplaatsen zijn waar er een respectvolle en harmonieuze samenwerking bestaat tussen de artsen - specialisten in opleiding en hun stagemeesters, dan probleemstageplaatsen. Jammer genoeg zijn die er ook en VBS en BVAS willen daar graag komaf mee maken.

Een polemische juridische analyse gebaseerd op talrijke getuigenissen van artsen-specialisten in opleiding in het speciale decembernummer 2008 van het VBS tijdschrift de "Geneesheer-Specialist"¹, waarvan ik de verantwoordelijke uitgever ben, heeft tal van reacties losgemaakt², gaande van scheldtirades en represailles tot felicitaties.

In ons editoriaal wezen wij op de bestaande wetgeving. Die zit nog steeds logisch en rechtvaardig in elkaar, maar ze wordt door sommige diensten en stagemeesters niet nageleefd. In dit tijdschrift werd vooral gewezen op het machtsmisbruik dat er bestaat vanuit universitaire hoek, maar we keuren de mistoestanden die in sommige niet-universitaire ziekenhuizen bestaan even categoriek af. De afwijkingen of misbruiken die er zijn, mogen in geen geval de goede praktijken en de uitstekende opleidingen in diverse universitaire en perifere centra aan de aandacht onttrekken. Maar zwijgen over de bestaande uitwassen zou van medeplichtigheid getuigen. Het is voor assistenten risicovol om tegenover hun stagemeesters openlijk hun beklag te maken. De stagemeesters die actief zijn in de beroepsverdediging nemen een risico als ze de verdediging van de assistenten in opleiding op zich nemen. Voor de eerste groep hangt hun erkenning als arts-specialist af van het advies van de commissie van hun specialisme, waarin stagemeesters en vertegenwoordigers van universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen paritair samen zetelen. Voor de tweede groep is de represaille even eenvoudig als efficiënt: de alma mater stuurt hen geen assistenten meer.

De "goedkope werkkrachten", zoals de assistenten jammer genoeg nog dikwijls worden beschouwd, worden verplicht het grootste deel van hun opleiding in het universitaire ziekenhuis te volgen. Dit is noch in hun belang, noch in dat van de patiënten. Ook internationale ervaring leert dat de eisen voor een goede specialistische opleiding moeten afgetoetst worden op de praktijk in een perifere ziekenhuis en niet op deze van een universitair ziekenhuis. Beide soorten ziekenhuizen en specialisten zijn nodig, complementair. Maar in een adequaat georganiseerde gezondheidszorg zullen er altijd veel meer artsen-specialisten nodig zijn in niet- universitaire dan in universitaire ziekenhuizen. In de grote meerderheid van de EU-landen is de opleiding in de handen van het "beroep", met participatie van de universiteiten, maar niet door de universiteiten.

In Groot-Brittannië organiseren de "peers" in de "colleges" – dit zijn helemaal niet de universiteiten – de opleiding, in Duitsland de Ärztekammer, in Nederland de beroepsverenigingen (de Orde der specialisten die de evenknie is van het VBS). Tot vandaag gebeurt dit in België in de paritair samengestelde erkenningscommissies die afhangen van de eveneens paritair samengestelde Hoge raad voor geneesheren – specialisten en huisartsen. De helft van de leden zijn vertegenwoordigers van de universiteiten, de helft van de beroepsverenigingen, inclusief twee afgevaardigden van de assistenten. De werking van deze organen werd op 10.12.2008 nog geactualiseerd³ onder impuls van Senator Jacques Brotchi.

Het statuut sui generis van de artsen-specialisten in opleiding is volgens deskundigen veeleer dat van een zelfstandige. Met een nota van Prof. Paul Schoukens⁴ werd dat in de vergadering van de Nationale Paritaire Commissie Artsen – Ziekenhuizen op 20.01.2009 nogmaals onder de aandacht gebracht.

¹ Cfr bijlage 1: "De kandidaat –specialist en het verdriet van de academisering". De Geneesheer-Specialist, nr.7, december 2008 of <http://www.gbs-vbs.org/dgs/gs2008/g0807/g0807-00.asp>

² Cfr bijlage 2: "Editoriaal bij 'De kandidaat –specialist en het verdriet van de academisering'. De Geneesheer-Specialist, N° 1/ januari 2009.

³ Wet van 10.12.2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 april 1983 tot vaststelling van de nadere regelen voor erkenning van geneesheren-specialisten en van huisartsen, teneinde criteria in te voeren waaraan een tegensprekelijk debat tussen de kamers van de erkenningscommissies van geneesheren-specialisten en de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen moet voldoen. Invoeging 01.04.2009 (B.S. 09.01.2009).

⁴ Prof. Dr. Paul Schoukens; professor sociale zekerheidsrecht en Europees Sociaal recht K.U.Leuven

Ondanks deze situatie hebben we in onze brief van 18 september 2008 aan Mevrouw Muriel Gerkens, voorzitter van deze commissie, naar aanleiding van de gedachtewisseling die er op 25.07.2008 plaatsvond⁵, aangedrongen dat de Europese richtlijn - de nog steeds controversiële Working Time Directive (WTD) - op de artsen-specialisten in opleiding van toepassing zou zijn (cfr. besluit 1.1.a. blz. 3). Een rechtstreeks gevolg kan zijn dat de opleidingsuur zou kunnen verlengen, omdat voor bepaalde specialismen de praktische ervaring cruciaal is, vooral in chirurgische disciplines. De beroeps- en wetenschappelijke verenigingen van neurochirurgen waren de eersten die terecht hier op wezen.

De artsen-specialisten-stagemeesters in niet-universitaire ziekenhuizen zijn echte zelfstandigen, en dus niet onderworpen aan enige WTD. In tegenstelling tot de stagemeesters huisartsgeneeskunde ontvangen zij geen enkele vergoeding voor de opleiding die ze geven. De universitaire ziekenhuizen daarentegen krijgen wel een vergoeding en de sociale bijdragen van de assistenten worden betaald via het deel B7B van het budget van financiële middelen. Wij pleiten ervoor dat het sui generis statuut blijf bestaan, maar wordt aangevuld met de bijdrage voor de pensioenvorming. Hiervoor moet in het budget van financiële middelen een onderdeel B7bis worden gecreëerd voor alle ziekenhuizen waar artsen- specialisten in opleiding actief zijn (cfr. besluit 1.2. blz. 5).

BVAS en VBS zijn van oordeel dat een goede oplossing er in bestaat dat de Nationale paritaire commissie artsen ziekenhuizen een collectieve overeenkomst opstelt, die wordt bekrachtigd door een Koninklijk besluit . Het Paritair Comité 305 voor de Gezondheidsdiensten is immers slechts bevoegd voor gesalarieerde artsen (cfr. besluit 1.3. blz. 5).

In verband met de arbeidsduur willen we de commissieleden er toch op wijzen dat het niet de beroepsverenigingen waren maar wel alle Vlaamse universiteiten én de UCL die er in geslaagd zijn om het Koninklijk besluit van 16 juni 2003 te laten vernietigen⁶. Dit K.B. zette de Europese directieve betreffende de arbeidsduur om in Belgisch recht.

BVAS en VBS vragen dus dat de minister van Werk het vernietigde K.B. in werking doet treden, op voorstel en in overeenstemming met de Nationale paritaire commissie artsen – ziekenhuizen, die er ook de toepassingen van zal bepalen (cfr. besluit 2.2. blz. 7) .

Betreffende de vergoeding van de artsen-specialisten in opleiding worden vooral klachten genoteerd in verband met de niet billijke betaling van wachtdiensten. Universitaire ziekenhuizen ontvangen van de Overheid financiën voor hun artsen-specialisten in opleiding en om deze wachtvergoedingen te honoreren. Voor niet universitaire ziekenhuizen is niets voorzien in hun budget van financiële middelen. Nochtans horen we evenveel klachten van artsen-specialisten in opleiding in universitaire als in niet – universitaire ziekenhuizen.

In niet-universitaire ziekenhuizen moeten deze vergoedingen louter uit de honoraria van de erkende artsen-specialisten te worden betaald. Enerzijds nemen de afdrachten van de ziekenhuisartsen aan de ziekenhuisdirecties van jaar tot jaar toe omwille van de ontoereikende ziekenhuisfinanciering en houdt de Overheid de inkomsten van de specialisten onder strikte controle met in 2005 de afschaffing van een aantal dringendheidshonoraria via twee Koninklijke besluiten^{7,8}. En anderzijds legt de Overheid alsmaar meer eisen op wat de ziekenhuisbestaffing en medisch-administratieve verplichtingen betreft. In die context is het te begrijpen dat er relatief weinig enthousiasme is om bijkomende vergoedingen te voorzien voor de wachtdiensten door artsen-specialisten in opleiding.

Zoals zonet al aangehaald vragen VBS en BVAS een specifieke voorziening in het budget van financiële middelen voor alle ziekenhuizen waar artsen-specialisten in opleiding actief zijn (cfr. besluit 3.b. op blz. 8).

⁵ Cfr bijlage 3

⁶ Uitspraak Raad van State 127.914 van 09.02.2004.

⁷ Koninklijk besluit van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot spoedhonoraria voor verstrekkingen van klinische biologie, van het artikel 26 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 30.06.2005, in voeging 01.07.2005)

⁸ Koninklijk besluit van 15 juni 2005 tot wijziging, met betrekking tot de bepalingen van het artikel 17, § 1, 11°bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 30.06.2005, in voeging 01.07.2005)

De graad van aansluiting onder de artsen-specialisten in opleiding bij de bestaande artsensyndicaten en beroepsverenigingen is zwak. "Onbekend is onbemind" is allicht een van de belangrijkste redenen. Nochtans nemen deze verenigingen op paritaire basis deel aan de erkenningscommissies en aan de Hoge raad voor geneesheren-specialisten en huisartsen waar zij plichtsbewust en met grote aandacht ook hun belangen van de artsen-specialisten in opleiding behartigen. De artsen-specialisten in opleiding worden bij de werking van de Hoge raad betrokken (cfr. besluit 4.c. blz. 9).

Wat de buitenlandse artsen betreft is het ondenkbaar de vrije circulatie die in de UE bestaat zou worden teruggedroefd. Vandaag maken we een economische migratie mee onder artsen. De artsen met een laag inkomen in de jongste EU deelstaten migreren ondermeer naar België. De Belgische artsen, en de specialisten in het bijzonder, zoeken betere arbeidsvoorwaarden in onze buurlanden. Zo is het bijvoorbeeld bekend dat Vlaamse psychiaters in groten getale naar Nederland vertrekken en Franstalige radiologen en anesthesisten naar Frankrijk. Dit heeft niets van doen met "pénurie" maar alles met de mogelijkheden binnen het sociaal statuut en met inkomensverwerving (cfr. besluit 5.b. blz. 10).

Wat de kwaliteit van de opleiding betreft stellen wij nog altijd vast dat onze jonge, pas afgespecialiseerde specialisten erg geliefd zijn in het buitenland en daar mooie carrières uitbouwen. Dit is maar verklaarbaar als we in België inderdaad een goede opleiding bieden. Dat deze beter kan gestructureerd worden is een feit, en dat de praktische opleiding in samenwerking met de universiteiten moet aangevuld worden met theoretisch onderricht eveneens. De artsen-specialisten in opleiding moeten daarvoor de nodige tijd krijgen binnen hun normaal werkschema en werkuren, met respect uiteraard van de nodige tijd om praktijkervaring op te doen (cfr. besluit 6.c. blz. 11).

Maar een medische specialisatie is een vorm van beroepsonderwijs op academisch niveau, en die moet in de eerste plaats gestuurd worden door praktijkmensen, met name de beroepsverenigingen en de representatieve artsensyndicaten. Wij zijn graag bereid om daar structureel en positief toe bij te dragen.

Met dank voor uw aandacht.

Dr. Marc Moens
Ondervoorzitter BVAS,
Secretaris-generaal VBS

REFERENTIE : DE HONDERDJARIGE OORLOG

(Column van Dr. Marc MOENS in *Trends voor specialisten* d.d. 27.01.2009)

De allerlaatste pagina's van het 69.358 tellende Belgisch staatsblad van 2008 bevatten het ontslag van de oude en de benoeming van de nieuwe regering. De oude was er 25 pagina's eerder nog net in geslaagd om een honderdjarige oorlog tussen medische raden en beheerders van de Belgische ziekenhuizen op gang te schieten. Gelukkig niet zoals in Gaza vandaag of de bloedige middeleeuwse match Engeland – Frankrijk van 1337 tot 1453. Maar hoogst onaangenaam voor alle betrokkenen en met onvoorspelbare gevolgen voor de patiënten. En eeuwigdurend, of tot een appendectomie nog 1 € en een longembool nog 10 eurocent mag kosten. Of omgekeerd.

Medische raden kregen recent van het RIZIV enkele exemplaren van de fraaie brochure "Het systeem van de referentiebepalingen – Nieuwe toepassingsmodaliteiten". De ondertitel had kunnen zijn: "Hoe betaalt U nogmaals belastingen op dezelfde arbeid?". In ziekenhuizen waar meer dan gemiddeld werd uitgegeven voor de geselecteerde 32 standaardpathologieën (APR-DRG's), zullen medische raden de tollenaarstaak op zich moeten nemen om dat correct van hun collegae te recupereren. De volle collectebus geven ze door aan hun raad van bestuur die het geld overmaakt aan het RIZIV. Een programmawet heeft bepaald dat het RIZIV die collectes in zijn spaarkous genaamd "Toekomstfonds voor de geneeskundige verzorging" moet stoppen. Volgens de oude modaliteiten werden ziekenhuizen die voor het RIZIV te duur waren publiek gemaakt. Allicht omdat de RIZIV website minder efficiënt is dan een middeleeuwse stadschandpaal op vb. de Brusselse grote markt, werd deze sanctie afgevoerd. Het RIZIV verwelkomt de geïnteresseerden op 3 februari op een alternatief namiddaguitstapje naar Brussel. O.a. medische raden kunnen er leren hoe ze eventueel hun collegae zullen moeten overtuigen om rouwmoedig terug te betalen, voorschrijvers én verstrekkers. Over erfgenamen en gepensioneerden is het laatste woord nog niet gezegd.

Was of is dit nodig? Neen. Niemand kan iets hebben tegen een systeem dat gelijkaardige pathologie op een gelijkaardige manier behandelt tegen een vergelijkbare prijs. Die boodschap kon de ruim twintig jaren durende hegemonie van socialistische ministers van sociale zaken en volksgezondheid alleen maar

verwelkomen in 2002. Dat ze van de enige Vlaamse excellentie in die periode kwam lag moeilijker. Het vingertje van Frank Vandenbroucke deed menig politieke Nimby¹ zich naar zijn ziekenhuis in zijn achtertuin spoeden. Toen bleek dat de verschillen 10- tot 100-vouden bedroegen, verkozen de Nimby's dat een wet op referentiebedragen verkieslijk was boven de toepassing van de bestaande wetten die de mutualiteiten en de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV toelaten paal en perk te stellen aan misbuiken. Simulaties toonden sommige ziekenhuizen die als wolkenkrabbers door het plafond van de blokkendiagrammen aan medisch verbruik per APR-DRG schoten. Ze bleven ongemeoid. Het is immers makkelijker iedereen te laten opdraaien voor eigen fouten.

P.S. Jeanne d'Arc eindigde in 1431 op de brandstapel, maar leidde de Franse overwinning in. Wat wordt het lot van Laurette Onkelinx in de referentiebedragen?

Dr. Marc Moens, Nederlandstalig ondervoorzitter BVAS, secretaris-generaal VBS

**NOMENCLATUUR : ARTIKEL 20, § 1, b) en c)
(pneumologie & gastro-enterologie)**

(in voege op 01.03.2009)

19 SEPTEMBER 2008. - Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 20, § 1, b), en c), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. d.d. 30.01.2009)

Artikel 1. In artikel 20, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, [...], worden de volgende wijzigingen aangebracht

1° in b),

worden de volgende verstrekkingen en toepassingsregel ingevoegd na de toepassingsregel die op de verstrekking 471811-471822 volgt :

« 471833-471844

Echo-endoscopie van de bronchi K 220

471855-471866

Echo-endoscopie van de bronchi met punctie van extramuraal weefsel (disposable materiaal niet inbegrepen) K 250

De verstrekkingen 471833-471844 en 471855-471866 zijn met geen enkele andere endoscopische verstrekking noch echografie cumuleerbaar, behalve met de verstrekkingen 473852-473863 en 473874-473885. »;

2° in c),

wordt de toepassingsregel die op de verstrekking 473896-473900 volgt door de volgende toepassingsregels vervangen :

« De verstrekkingen 473852-473863, 473874-473885 en 473896-473900 zijn slechts aanrekenbaar bij vermoeden van oncologische pathologie.

Zij zijn met geen enkele andere endoscopische verstrekking noch abdominale echografie cumuleerbaar. Nochtans zijn de verstrekkingen 473852-473863, 473874-473885 wel cumuleerbaar met de verstrekkingen 471833-471844, 471855-471866, 473712-473723 en 473911-473922. ».

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

OVERZICHT DIVERSE NOMENCLATUURSWIJZIGINGEN

Artikelen 28, § 1 & 35 (Implantaten : Urologie en nefrologie) : K.B. van 16.01.2009 (B.S. d.d. 05.02.2009 – p. 8106)

Artikelen 28, § 1 & 35 (Prothesen : Orthopedie en traumatologie) : K.B. van 12.02.2009 (B.S. d.d. 27.02.2009 – p. 17089)

¹ Not in my back yard

Artikel 35 (Prothesen : Orthopedie en traumatologie) : K.B. van 16.02.2009 (B.S. d.d. 27.02.2009 – p. 17097)

Artikel 35bis (Implantaten : Pneumologie) : K.B. van 16.01.2009 (B.S. d.d. 30.01.2009 – p. 7197)

De volledige teksten zijn beschikbaar op de website en kunnen ook bekomen worden op eenvoudige aanvraag bij het Secretariaat.

**OPEN BRIEF NAMENS DE GERIATERS
NAAR AANLEIDING VAN DE KCE-STUDIE
OVER HET PROJECT VAN DE GERIATRISCHE ZIEKENHUIZEN**

Geachte collega,

Namens de gerieters wens ik een kanttekening te maken bij het perscommuniqué van de KCE-studie over het project van de geriatische dagziekenhuizen.

De opdracht van de studie was te onderzoeken wat het belang is van een geriatisch dagziekenhuis, hoe die best kan worden gefinancierd, hoe deze gegevens kunnen worden 'vertaald' naar het Belgische gezondheidszorgbestel en tenslotte of dezelfde patiënten worden bereikt via geriatisch dagziekenhuis als via de klassieke geriatische hospitalisatie.

Uit de studie bleek duidelijk met evidentie graad A dat voor een exacte evaluatie van de geriatische patiënt een zgn comprehensive geriatric assessment nodig is, hetgeen enkel wordt aangeboden via hospitalisatie Geriatrie of via geriatisch dagziekenhuis. Alleen al om een ambulante evaluatie van de geriatische patiënt mogelijk te maken, is derhalve deze nieuwe structuur nodig. Aangezien de essentie van de geriatische evaluatie voortvloeit uit zijn werkelijke multidisciplinariteit, is een brede paramedische omkadering een inderdaad kostbare maar noodzakelijke en onmisbare randvoorwaarde.

Inzake financiering hebben de auteurs gesteld dat een nieuw financieringssysteem, enkel en alleen voor de geriatische dagziekenhuizen, niet haalbaar noch wenselijk zou zijn. Rekening houdend met de huidige gangbare financieringsnormen werd naar voren geschoven dat de huidige voorziene financiering volstaat voor 3 nieuwe patiënten per dag. Een aantal centra haalt momenteel dit quotum niet. Stellen dat voor deze centra nu reeds een aanpassing, lees reductie van de financiering zou nodig zijn, volgt niet uit de studie. Eerlijkheid gebiedt ons hieraan toe te voegen dat het project op het ogenblik van de data-collectie slechts sinds korte periode was opgestart en vele geriatische dagziekenhuizen organisatorische problemen hebben gekend in de beginfase. Hierdoor konden in een aantal centra maar een beperkt aantal patiënten via de nieuwe structuur worden geholpen.

De gerieters betreuren dat de hoofdklemtoon van het perscommuniqué op deze te lage benutting werd gelegd. Hierin schuilt het gevaar dat de perceptie zou kunnen ontstaan dat het geriatisch dagziekenhuis een te dure en derhalve ongewenste optie zou zijn, hetgeen duidelijk wordt tegengesproken door de andere, minder voor het voetlicht geplaatste conclusies van de studie. Integendeel geloven de gerieters in het concept dat bovendien een wezenlijk deel uitmaakt van het Zorgprogramma voor de Geriatische Patiënt. Het is evident dat een hogere bezettingsgraad van deze nuttige structuur wenselijk is.

De gerieters hopen dat het geriatisch dagziekenhuis op korte termijn de projectfase zal kunnen ontgroeien en evolueren naar een vast en structureel element binnen het globale geriatische aanbod in het ziekenhuis.

Dr. M. Vandenbroucke
Voorzitter

**TWIJFELS OVER HET NUT VAN SYSTEMATISCHE VIDEO OPNAMES
BIJ ENDOSCOPISCHE INGREPEN**

Persbericht KCE (16/01/2009)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht in samenwerking met het consultancybureau HICT het nut van beeldopnames tijdens endoscopische, chirurgische ingrepen. Het KCE stelt vast dat videoregistratie geen duidelijke meerwaarde heeft voor de verbetering van de zorgkwaliteit, noch voor de opleiding van artsen. De beelden kunnen later gebruikt worden als bewijsmiddel in rechtszaken, op voorwaarde dat voor de opnames de toestemming van de betrokkenen werd gevraagd en dat hun persoonlijke levenssfeer werd gerespecteerd.

Een endoscopie (letterlijk: "binnenin kijken") is een onderzoek van het inwendige van de mens, om een diagnose te stellen, een biopsie te nemen of een operatie uit te voeren. Dit gebeurt met een instrument, de endoscoop, waarmee een arts via een flexibele slang in het lichaam kan kijken. Bij endoscopische chirurgie wordt het lichaam van de patiënt minimaal invasief (zo min mogelijk ingrijpend) geopereerd.

Bij endoscopische chirurgie worden beelden van de ingreep getoond op het moment zelf, om de bewegingen van de chirurg te volgen en te sturen. Maar is het ook nuttig om die beelden systematisch op te nemen, ze te bewaren en ze te gebruiken voor andere doeleinden ?

Er is geen bewijs dat videoregistratie een meerwaarde biedt voor de verbetering van de zorgkwaliteit. De belangrijkste elementen hiervoor blijven de toepassing van goede richtlijnen en procedures, zoals bij de opname van de patiënt, evenals de controle van de operatiezaal en een kwalitatief hoogstaande basisopleiding van de chirurgen. Momenteel worden beelden die kunnen worden gebruikt als lesmateriaal bij de (voortgezette) opleiding van artsen reeds op grote schaal aangeboden door verschillende private firma's zodat het niet nuttig is om extra beeldmateriaal te registreren voor dit doel.

De kost voor een systematische registratie op nationaal niveau zou jaarlijks ongeveer 500.000 euro bedragen voor het opslaan en 12.800.000 euro voor het herbekijken en analyseren van de beelden. Bovendien gaat het om een technologie die nog volop in ontwikkeling is en die nog niet voldoet aan alle technische vereisten. Om die reden en omwille van de beperkte beschikbare wetenschappelijke gegevens beveelt het KCE het systematisch opnemen van endoscopische ingrepen niet aan.

Ondertussen worden de beelden al door een aantal chirurgen en ziekenhuizen opgenomen en bewaard. Bij videoregistratie door een individuele chirurg moet deze vooraf de toestemming van de patiënt vragen en bij de verwerking van de gegevens het nodige doen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Ziekenhuizen die een systematische videoregistratie van interventies zouden uitvoeren moeten bovendien de persoonlijke levenssfeer van de overige betrokkenen (andere artsen, verpleegkundigen,...) beschermen en de nodige procedures ontwikkelen voor de registratie en het gebruik van de gegevens.

De beelden maken deel uit van het medische dossier van de patiënt. Zowel de arts als de patiënt zouden het beeldmateriaal kunnen gebruiken als bewijsmiddel in een rechtszaak. De voorwaarde is wel dat ze op rechtmatige wijze zijn verkregen, dus ook mits voorafgaande toestemming van de betrokkenen en op voorwaarde dat het nodige werd gedaan ter bescherming van hun persoonlijke levenssfeer.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.101A.

ZIEKENHUISINFECTIES : KOSTEN EN AANTAL STERFGEVALLEN

Persbericht KCE (02/02/2009)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) raamt dat ten gevolge van ziekenhuisinfecties in België elk jaar ruim 2600 patiënten voortijdig sterven tijdens het ziekenhuisverblijf. Daarnaast verlengt een ziekenhuisinfectie het ziekenhuisverblijf met gemiddeld een week. Dit langere verblijf kost de gemeenschap jaarlijks bijna 400 miljoen euro.

Ziekenhuisinfecties zijn de meest voorkomende complicatie bij gehospitaliseerde patiënten. Ze verhogen de sterfte onder de patiënten en verlengen het verblijf in het ziekenhuis. Het KCE rapporteerde eind vorig jaar dat 6 % van alle ziekenhuispatiënten kampen met een ziekenhuisinfectie. Het deed daarvoor een grootschalige meting in meer dan de helft van de Belgische ziekenhuizen. Op de naar schatting 125.000 patiënten die jaarlijks een ziekenhuisinfectie oplopen, overlijden niet minder dan 17.500 patiënten tijdens hun verblijf in het ziekenhuis, zonder dat dit overlijden daarom ook te wijten is aan de infectie. Een deel van de sterfgevallen wordt er alleszins direct of indirect door veroorzaakt. Dit aantal werd in het huidige rapport door het KCE berekend. Ook de meeruitgaven voor de gemeenschap, te wijten aan een verlenging van het ziekenhuisverblijf, werden geraamd.

Longontstekingen en infecties in de bloedbaan het gevaarlijkst en het duurst

Het KCE schat dat elk jaar in België 2625 personen voortijdig sterven in het ziekenhuis door een ziekenhuisinfectie. Vooral de longontstekingen zijn dodelijk, alsook septicemie (infectie in de bloedbaan), en dit zowel op afdelingen intensieve zorgen als op de afdelingen inwendige geneeskunde, chirurgie, geriatrie en revalidatie.

Longontstekingen (100 miljoen euro), septicemie (80 miljoen euro), en de veel voorkomende urineweginfecties (80 miljoen euro) veroorzaken de meeste bijkomende kosten, vooral op de vermelde afdelingen. In totaal schat het KCE de jaarlijkse meeruitgaven voor de gemeenschap op 384 miljoen euro. Dit is vooral te wijten aan een gemiddelde verlenging van het ziekenhuisverblijf met 6,7 dagen per

ziekenhuisinfectie. Met voor 2008 een verblijfkost van 371 euro per dag in het ziekenhuis (plus de medische zorgen) lopen de uitgaven al snel op.

Het KCE beveelt dan ook aan de opvolging van ziekenhuisinfecties verder toe te spitsen op deze drie groepen van infecties op de vermelde afdelingen. Deelname door de ziekenhuizen aan grootschalige prevalentie studies zou verder verplicht moeten worden om de impact van preventieve maatregelen te kunnen opvolgen. Verder onderzoek is aangewezen naar de kosten en baten van mogelijke preventieve maatregelen en naar wondinfecties die zich voordoen na het ontslag uit het ziekenhuis. Daarnaast moeten infecties in rust- en verzorgingsinstellingen en het belang van dragerschap van kiemen die bestand zijn tegen antibiotica onder de loep worden genomen.

Ter verduidelijking: verschil en verband tussen ziekenhuisinfecties, 'adverse events' en medische fouten

Het KCE stelde vast dat de media vaak de begrippen ziekenhuisinfecties, medische fouten en ongewenste complicaties (of 'adverse events') door elkaar gebruiken.

'Adverse events' of ongewenste voorvallen in een ziekenhuis vormen een ruimer begrip dan de ziekenhuisinfecties. Een adverse event wordt vooral veroorzaakt door de manier waarop de zorgverlening is georganiseerd en minder door de ziekte van de patiënt. Naast de ziekenhuisinfecties zijn doorligwonden en longembolie goed gekende voorbeelden. Om adverse events te kunnen vermijden moet men ze eerst in kaart kunnen brengen. Uit een eerdere KCE studie blijkt dat het opsporen van adverse events via administratieve databanken kan verbeterd worden door een aangepaste registratie van de opnamegegevens.

Ziekenhuisinfecties, ook nosocomiale infecties genoemd, behoren dus ook tot de adverse events. Ze ontstaan eveneens tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Ongeveer 30 % van de ziekenhuisinfecties zou kunnen vermeden worden door gepaste maatregelen zoals handhygiëne. De impact van die maatregelen hangt echter ook af van het soort ziekenhuisinfectie.

Ook complicaties veroorzaakt door *medische fouten* zijn een adverse event. Het gaat hier om een juridisch begrip: bij een medische fout is bewezen dat een complicatie is veroorzaakt door de fout van een zorgverlener of door een gebrekkige organisatie van de zorg door de zorginstelling.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.102A.

WAT TE DENKEN VAN ROBOTCHIRURGIE?

Persbericht KCE (09/02/2009)

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) onderzocht de potentiële voordelen en de kosten van robotchirurgie. De technologie is relatief veilig als ze wordt gebruikt door ervaren chirurgen, maar vandaag bestaat er geen duidelijk bewijs dat ze ook echt meer voordelen biedt dan de gebruikelijke chirurgie. Het KCE beveelt om die reden geen onvoorwaardelijke terugbetaling door het RIZIV aan. Veel ziekenhuizen rekenen de patiënt, of zijn hospitalisatieverzekering, de bijkomende kosten voor robotchirurgie aan. De patiënt zou duidelijk en volledig moeten worden geïnformeerd over de ingreep, de ervaring van het chirurgische team, de bijkomende kosten en de mogelijke alternatieven.

In België zijn er momenteel minstens 20 systemen voor robotchirurgie in gebruik. Wat het aantal systemen voor robotchirurgie per inwoner betreft, staat ons land op de tweede plaats, na de VS en ver voor de rest van Europa. De systemen worden voornamelijk gebruikt bij prostaatverwijderingen (radicale prostatectomie), maar ook steeds meer bij gynaecologische operaties en hartchirurgie. Bij deze robotgeassisteerde chirurgie worden instrumenten van op afstand bestuurd door een operator die in dezelfde ruimte zit als de patiënt. De procedure is minimaal invasief, wat betekent dat de operatiewonde zo klein mogelijk wordt gehouden en de ingreep gebeurt via kleine kunstmatige openingen.

Veilig ? Ja, maar...

Robotchirurgie biedt de chirurg een vergroot en drie dimensioneel beeld en trillingvrije, zeer wendbare instrumenten. Deze nieuwe technologie is theoretisch veelbelovend en relatief veilig, op voorwaarde dat het chirurgische team over een aangepaste opleiding en ervaring beschikt. Het is daarom aan te raden om deze chirurgie alleen te laten uitvoeren door dergelijke teams. Hun aantal moet beperkt blijven zodat ze de gelegenheid krijgen om de vereiste expertise op te bouwen.

Voordelen: graag meer bewijs

Biedt robotchirurgie voordelen tegenover de klassieke aanpak? Momenteel bestaat daar nog onvoldoende bewijs voor. Bij prostaatverwijdering zijn er aanwijzingen voor minder bloedverlies, maar andere verwachte voordelen zoals een korter ziekenhuisverblijf of het minder optreden van incontinentie of impotentie zijn onvoldoende aangetoond. Hier ook zijn het vooral de vaardigheid en de ervaring van het chirurgisch team die doorslaggevend zijn en niet de technologie op zich. Uit de interviews die het KCE had met de ziekenhuizen bleek trouwens dat sommige de systemen ook eerder om marketingredenen aankopen: "de robot toont dat ons ziekenhuis koploper is op het gebied van technologie."

Dure zaak voor de patiënt

Robotchirurgie is flink duurder dan de klassieke chirurgie. De aankoop van het systeem kost ongeveer 1,7 miljoen €, terwijl het jaarlijkse onderhoud ongeveer 10% van die som bedraagt. Bovendien zijn bij elke operatie dure, beperkt herbruikbare instrumenten nodig. Omdat de bijkomende kosten voor robotchirurgie niet worden terugbetaald vragen veel ziekenhuizen aan de patiënt een verplicht supplement voor het gebruik van robotchirurgie. Voor een prostaatverwijdering is dat meestal 1200 €. De patiënt zou hierover duidelijke informatie van de arts moeten krijgen, met een bespreking van de mogelijke alternatieven.

Terugbetaling niet aanbevolen

Aan het RIZIV wordt steeds vaker gevraagd om robotchirurgie bijkomend terug te betalen. Het KCE berekende dat enkel al het terugbetalen van het patiëntsupplement elk jaar 2 miljoen € aan de ziekteverzekering zou kosten. Omwille van de beperkte bewijzen kan het KCE een dergelijke onvoorwaardelijke terugbetaling niet aanbevelen.

Als er toch tot een terugbetaling wordt beslist moet dit zeker gecombineerd worden met het verzamelen van gegevens, om op die manier bijkomend bewijsmateriaal te verkrijgen over de potentiële voordelen van robotassistentie voor welbepaalde ingrepen. Verder zou de overheid meer transparantie moeten eisen van de producent over de echte productiekosten. Het bedrijf dat de systemen produceert heeft nu namelijk een monopolie positie, waardoor het onafhankelijk de prijs van de robot en de materialen kan bepalen.

De volledige tekst van de studie is beschikbaar op de website van het KCE: www.kce.fgov.be (rubriek publicaties) onder de referentie KCE Reports vol.104A.

LANCERING VAN NIEUWE WEBSHOP VOOR MEDISCHE PROFESSIONALS

Ontdek de nieuwe website www.accomedical.be met een online bookshop voor uw aankopen van medische literatuur.

Bezoekt u deze nieuwe website tussen de openingsdatum en 30 april 2009, geniet u van een korting van 10% op al uw online aankopen.

Voortaan kan Acco Medical u nóg doelgericht informeren over de nieuwste titels die in uw eigen vakgebied verschijnen. Als u zich online registreert, krijgt u precies die publicaties te zien die u interesseren. Bovendien schenkt Acco Medical een origineel medisch cartoonboek aan de eerste 200 geregistreerden.

AANKONDIGINGEN

- 04017* **POLYVALENTE RADIOLOOG (US/Dopp, mamm, CT, MR)** verzorgt full-time uw vervanging (extra muros en ziekenhuis) in BRU, VL. BRAB., O. VL., Antw., evt. WVI. Tel. : 0486/06.59.73
- 05151* **RADIOLOOG** biedt zijn diensten aan voor **VERVANGING** bij voorkeur in privaat praktijk tel. 059.506282 of gsm. 0473.677009 / 0477863830.
- 07068* **ANESTHESIST** met ruime ervaring in algemene en locoregionale technieken, pijnkliniek en intensieve zorgen, is bereid om vervangingen, inslapende wachten en urgentiewachten te doen over heel het land. Tel. 0477/45.29.50
- 08099 **RADIOLOOG** wenst vervangingen te doen. Tel. 0479/21.48.08.
- 09001 **TONGEREN : ANESTHESIST** gevraagd voor privékliniek in Tongeren, voor 4 vaste dagen per maand. Contact : 012/39.54.24 of 0477/75.94.35
- 09002 **TONGEREN : OPERATIE-ASSISTENTIE** gevraagd op zelfstandige basis voor privékliniek in Tongeren, voor 4 vaste dagen per maand. Ervaring en flexibiliteit vereist. Contact : 012/39.54.24 of 0477/75.94.35
- 09007 **BRUSSEL** : Geriatrisch Centrum Scheutbos, Gelukkige Grijsheidstraat 1, 1080 BRUSSEL , heeft een vacature voor de functie van **GERIATER (M/V)** voltijds of deeltijds. Verdere inlichtingen kunnen bekomen worden bij Dr Marie Van Droogenbroeck. Tel. nr 0475 42 14 34, e-mail : mavdb@pgc.be
- 09008* **WEGENS PENSIONERING** zoek ik een overnemer van mijn private praktijk **RADIOLOGIE** in de Gentse regio. Voor meer informatie: 0477 487283.

- 09009 **KORTRIJK** : Het Kortrijkse fusieziekenhuis AZ Groeninge heeft momenteel een vacature voor een **GENEESHEER IN DE PLASTISCHE HEELKUNDE (M/V) - voltijds**. Van de kandidaat wordt volgend profiel verwacht: • erkend zijn als geneesheer-specialist in de plastische chirurgie; • een brede ervaring in plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie; • bekwaamheid en ervaring in microchirurgie; • interesse en bekwaamheid in lasertherapie; • bijkomende ervaring in chirurgie van facialisparalyse; • bereidheid om in multidisciplinaire context samen te werken met collega's van andere disciplines. Wij bieden: • opname in een associatie met drie andere collega's; • werken in een gestructureerde dienst met assistentenopleiding; • mogelijkheid om multidisciplinaire samenwerking met andere diensten uit te bouwen. De vacature zal worden geopend vanaf begin 2011. Voor verdere info kan u terecht op onze website : www.azgroeninge.be
- 09010 **OOGARTS** (tweetalig, 10 jaar ervaring, ook cataractchirurgie) zoekt vervanging (geheel België) vanaf maart 2009 tel. 0477/444.777
- 09011 **ZELFSTANDIGE ASSISTERENDE OPERATIEVERPLEEGKUNDIGE ZOEKT WERK**. Ruime ervaring. Contacteer mij voor mijn CV of een gesprek. Margaretha.emmerechts@pandora.be – 0476/76.89.10.
- 09015 **FRANCE-BRETAGNE SUD**. Médecin vasculaire, orientation phlébologie, cherche successeur fin juin 2009, cause retraite. Secteur privé type 2. Tél. : 00.33.2.98.90.16.86 et 00.33.6.17.96.51.93.
- 09016 **FRANCE** : Le Centre hospitalier Sainte-Marie de Privas, établissement privé assurant le service public hospitalier sur l'ensemble du département de l'Ardèche (psychiatrie adulte et infanto-juvénile), recrute dans le cadre de son projet d'établissement et pour l'ensemble de ses secteurs et de ses services intersectoriels : réhabilitation psycho-sociale, géronto-psychiatrie, alcoologie : **PSYCHIATRES à temps plein ou à temps partiel**. Nombreux avantages sociaux : • statut convention collective FEHAP du 31 octobre 1951 y compris pour PH détaché; • reprise de l'ancienneté; • mutuelle et prévoyance; • retraite surcomplémentaire; • possibilité de logement; • frais de déménagement pris en charge. Renseignements concernant les fonctions auprès du Directeur (00.33.4.75.20.15.10) ou du Docteur Giraud, président de CME (00.33.4.75.20.14.62). Les médecins intéressés peuvent faire acte de candidature par lettre avec CV à M. le Directeur Centre hospitalier Sainte-Marie 19, cours du Temple, BP 241, 07002 Privas CEDEX, FRANCE.
- 09017 **VERVANGINGEN** : Polyvalente, tweetalige **RADIOLOOG** beschikbaar. Geacc. Erkend Derde betaler Mammoscreening. Tel. : 0476/200.280.
- 09023 **BRUSSEL** : Medisch centrum gelegen in het noorden van Brussel zoekt, ten gevolge van pensionering, **2^{de} OOGARTS**. Tel. 02/267.97.78. Contactpersoon : Mevr. Florence Lopez.
- 09024 **NEDER-OVER-HEEMBEEK** : Het militaire hospitaal HCB-KA heeft een vacature part-time voor een **RADIOLOOG** op zelfstandige basis. Kennis en ervaring in osteo-articulaire radiologie is vereist. Contact : chris.lippens@telenet.be – tel. 0476/428467.

Inhoudstafel

• Algemene vergadering van het VBS (07.02.2009) : Toespraak van de Voorzitter	1
• Statuut artsen – specialisten in opleiding (Dr. Marc MOENS – 10.02.2009).....	4
• Referentie : de honderdjarige oorlog.....	6
• Nomenclatuur : artikel 20, § 1, b) en c) (pneumologie & gastro-enterologie).....	7
• Overzicht diverse nomenclatuurswijzigingen.....	7
• Open brief namens de geriaters naar aanleiding van de KCE-studie over het project van de geriatrische ziekenhuizen.....	8
• Twijfels over het nut van systematische video opnames bij endoscopische ingrepen (Persbericht KCE – 16/01/2009)	8
• Ziekenhuisinfecties : kosten en aantal sterfgevallen (Persbericht KCE – 02/02/2009)	9
• Wat te denken van robotchirurgie? (Persbericht KCE – 09/02/2009)	10
• Lancering van nieuwe webshop voor medische professionals.....	11
• Aankondigingen	11