
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Artsen-Specialisten

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

ISSN 0770-8130 - MAANDBLAD

Nr. 2 / FEBRUARI 2015

Afgiftekantoor: BRUSSEL

NAAR EEN EFFICIËNTERE GENEESKUNDE? JA, MAAR EVEN TOEGANKELIJK EN MET EEN RECHTVAARDIGE NOMENCLATUUR

TOESPRAAK VAN DE VOORZITTER, DR. JEAN-LUC DEMEERE¹

2014 was het jaar waarin het VBS zijn 60ste verjaardag vierde. Die gebeurtenis werd luister bijgezet met een symposium op 11 oktober 2014; een historische datum voor onze organisatie.

In die 60 jaar is België geëvolueerd van een unitaire naar een federale staat. De 6de staats hervorming heeft de deelstaten bevoegdheden gegeven inzake volksgezondheid en erkenning van artsen-specialisten. Het VBS wenste een antwoord te kunnen bieden op deze nieuwe structuren om zijn rol voortaan zowel op het federale als op het deelstaatniveau te kunnen spelen. Daarom werden tijdens een buitengewone algemene vergadering de statuten van het verbond gewijzigd en werden de AVS (Artsenvereniging van Vlaamse Specialisten) en de AMSFr (Association des Médecins Spécialistes francophones) opgericht. Het VBS blijft dus een eengemaakte en unitaire structuur, met voortaan echter twee vleugels; de ene Nederlandstalig, de andere Franstalig. De vertegenwoordigers van de twee nieuwe verenigingen worden samen met het bureau van het VBS verkozen, wat ervoor zorgt dat de vertegenwoordigers van AVS en AMSFr hun eigen identiteit kunnen behouden, terwijl de "Belgische" samenhang gehandhaafd blijft voor de aangelegenheden waarvoor de federale overheid nog bevoegd is. In Vlaanderen heeft minister Jo Vandeuren onze vertegenwoordigers al uitgenodigd om deel te nemen aan de gesprekken met de verschillende partners op het vlak van volksgezondheid. Aan Franstalige kant is er een onderhoud gepland met minister van Volksgezondheid, Maxime PRÉVOT, op 10 maart 2015.

Met de oprichting van de AVS en de AMSFr heeft het VBS zijn structuur aangepast om voortaan zowel op het federale als op het deelstaatniveau zijn rol te kunnen spelen

2014 was het jaar van de grote volksraadpleging, die gemeenzaam "de moeder van alle verkiezingen" werd genoemd. Die heeft ons een nieuwe federale regering opgeleverd zonder Parti

Socialiste en dus zonder minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken, Laurette Onkelinx. Mevrouw Onkelinx had een grote hervorming van de ziekenhuisfinanciering in de steigers gezet; in zijn rapport nr. 229 heeft het KCE de partituur van die hervorming geschreven, die nog verder op muziek moet worden gezet. We moeten ons geen illusies maken: het probleem van de financiering van de ziekenhuizen is het probleem van de financiering van de gehele specialistische geneeskunde en meer bepaald het "probleem" van de artsenhonoraria. De ziekenhuisdirecteurs maken zich zorgen. Vier op tien ziekenhuizen zitten in de rode cijfers. Hun tekorten dikken jaar na jaar aan. We stevenen af op een catastrofe. Overigens is het leeuwenandeel van de ziekenhuisfinanciering afkomstig van de medische honoraria (40,9 %). Nu willen de ziekenhuisdirecteurs en de organisaties en federaties die hen vertegenwoordigen de hand leggen op de artsenhonoraria en de verstreckers een forfaitair bedrag uitkeren, volledig los van het concept van de fee for service. Er wordt gesproken over

¹ Ter gelegenheid van de algemene vergadering van het VBS op 07.02.2015.

zorgtrajecten, over eerstelijnszorg voorbehouden aan de huisartsen en over gespecialiseerde zorg in de ziekenhuizen, die op hun beurt "gespecialiseerd" zijn binnen hun zorgnetwerk.

De tekorten van de ziekenhuizen zullen worden weggewerkt zodra de honoraria zullen medebeheerd worden door de ziekenhuisbeheerders en de artsen, meent Santhea, of zelfs zonder medebeheer als het van Zorgnet Vlaanderen afhangt. "Wie is de kapitein van het schip?", vraagt Zorgnet Vlaanderen zich af. Antwoord: "De ziekenhuisdirecteur", die in zijn zorgregio de zorgbehoefte en het zorgaanbod aan de patiënt zal organiseren en beheren. De arts is in dat kader slechts een noodzakelijk tandwiel. We spreken niet meer van "specialistische" geneeskunde, of "op de patiënt afgestemde" geneeskunde, maar van een "gezondheids- en efficiëntiesysteem".

Anderzijds stelt het KCE-rapport 229 zuivere honoraria per act voor. Die honoraria omvatten dus niet meer het afgestane gedeelte van het honorarium (42,64 %) om 40,9 % van het ziekenhuisbudget te financieren. Als men het over zuivere honoraria heeft, impliceert dat dat het voor de beheerders wettelijk onmogelijk zal worden om de artsen te laten deelnemen aan de financiering van de ziekenhuizen, zij het direct of indirect. De financiering per pathologie of DRG zal, met andere woorden, de werkings- en financieringskosten van de ziekenhuizen moeten dragen. Dat is de kroniek van een aangekondigd faillissement. Om het systeem rendabel te krijgen, zullen ziekenhuizen moeten opgedoekt worden en het zorgaanbod geherstructureerd in gespecialiseerde centra. Voor het KCE zal deze herstructurering geografisch zijn. In feite zal ze via zorgregio's verlopen, zonder territoriale logica, maar met een logica van winst en overleving van de ziekenhuizen per netwerk, ongeacht of ze universitair zijn of niet. Op die manier komt er een pervers systeem tot stand: om te kunnen overleven zullen ziekenhuizen rendabel moeten zijn en dus – in hun universitair of niet-universitair netwerk – zoveel mogelijk patiënten met rendabele DRG's moeten hebben. Ze zullen zich moeten "distantiëren" van de andere ziekenhuizen.

De concurrentie zal niet in het teken staan van kwaliteit, maar van kwantiteit, in lijn met de logica van de al dan niet universitaire netwerken. Volgens het KCE zijn er te veel universitaire bedden en ziekenhuizen die alle zorgtypes willen aanbieden. Als we het KCE volgen, zullen er één of twee referentiecentra per provincie worden opgericht, hoewel we al 7 universiteiten en meer dan 7.000 universitaire bedden hebben. Dromen is niet verboden! De bundeling van de zogenaamde "zeldzame" pathologieën en het voorbeeld van de nieuwe behandeling van hepatitis C die exclusief aan de universiteiten zou voorbehouden worden, zijn signalen die duiden op een beslaglegging van bepaalde structuren en netwerken op het zorgaanbod.

Het algemene ziekenhuis is gedoemd om te verdwijnen. De zorg voor specifieke pathologieën zal gebundeld worden; er zullen "trajecten" worden opgezet. De kwantiteit zal de financiering bepalen en onvermijdelijk tot een sluiting van bedden en ziekenhuizen leiden. De implementering van een dergelijke zorgorganisatie zal tevens het aantal artsen-specialisten die in ziekenhuizen werken naar omlaag halen en een invloed hebben op het artsenkadaster. Enig "voordeel": men zal de noodzaak van een ingangsexamen geneeskunde en een numerus clausus kunnen rechtvaardigen...

Volgens het KCE moet er een structuur of een instituut worden opgericht om de kwaliteit te controleren en te bewaken, om de eenvoudige reden dat de financiering gebaseerd is op kwantiteit en bitter weinig op kwaliteit. De financiering zou verlopen via DRG 's en zou de financiering van de patiënten met complicaties omvatten. Nu al, met de MKG 's, maken we mee dat er een selectie van patiënten plaatsvindt. Hoe realistisch is het om te hopen dat dat zal minderen met een financiering per DRG?

De uitdaging van het VBS van morgen zal erin bestaan te strijden voor het behoud van een geneeskunde met een menselijk gezicht, voor de toegankelijkheid tot de intramurale en ambulante specialistische geneeskunde, waaronder de extramurale specialistische geneeskunde, en voor een kwaliteitsgeneeskunde, die de therapeutische vrijheid van de arts garandeert. Als het systeem een machine wordt waarin ziekenhuisdirecties naar eigen goeddunken therapeutische keuzes maken al naargelang hun winstgevendheid, hebben we het niet meer over therapeutische vrijheid. Laten we logisch blijven: in dat geval zal er zich een parallel systeem ontwikkelen dat een geneeskunde met twee snelheden tot stand brengt waartussen de patiënt moet kiezen. Het VBS is er zich van bewust dat het zorgaanbod moet worden gereorganiseerd in het kader van de verplichte ziekteverzekering. De burger, de financier en de verzorgende moeten meer geresponsabiliseerd worden. We moeten met meer efficiëntie werken.

Maar de toegankelijkheid moet gevrijwaard worden en privéraadplegingen moeten nog steeds kunnen terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering. We hoeven maar te denken aan de geestelijke gezondheidszorg (met inbegrip van de behandeling van burn-out), kinder- en jeugdpsychiatrie, gynaecologie, pediatrie, oftalmologie of stomatologie, ORL Al deze domeinen van de geneeskunde hebben nood aan een rechtstreekse toegankelijkheid, buiten het ziekenhuissysteem om en zonder te worden opgeëist door het "hospitalocentristisch" systeem. Er ontbreken nog specialismen in het lijstje. Het extramurale zorgaanbod eindigt niet bij de huisartsgeneeskunde. De toegankelijkheid van de specialistische zorg moet worden gewaarborgd. Dat betekent echter dat de honoraria moeten worden aangepast al naargelang de prestatie in of buiten het ziekenhuis wordt uitgevoerd. Dat brengt ons enerzijds bij de kern van het huidige probleem, namelijk de artsenhonoraria, en anderzijds bij het overlegmodel tussen verzekeraars en artsen binnen de medico-mut.

Vreemd genoeg waren we in 2014 getuige van de oprichting van een syndicaat bestaande uit huisartsen, die niet bepaald uit beide taalgemeenschappen afkomstig waren, en een handvol verdwaalde artsen-specialisten, zo lijkt het, want er zijn er heel weinig en hun identiteit blijft vertrouwelijk. Deze verkiezingen hebben in de medico-mut een polarisatie tot stand gebracht op de artsenbank, namelijk tussen twee verschillende, zo niet tegengestelde entiteiten: die van de huisartsen en die van de artsen-specialisten. We zijn ver verwijderd van een geïntegreerd model van eerstelijns-geneeskunde en specialistische geneeskunde. Hoe gaan we de honoraria van de ziekenhuisspecialisten hervormen met een medico-mut die verdeeld is tussen huisartsen en specialisten (al dan niet actief in ziekenhuizen)?

We mogen overigens niet licht heenstappen over de vraag van de ziekenhuisdirecteurs om een zitje te krijgen in de medico-mut. Voor het VBS moet de toegang tot de extramurale specialistische geneeskunde gegarandeerd blijven en moeten aan de beoefenaars ervan billijke en correcte honoraria worden gegarandeerd. Elk honorariumsysteem waarbij de rentabiliteit van het ziekenhuis zwaarder zou wegen dan de toegang tot een extramurale kwaliteitsgeneeskunde is onaanvaardbaar.

"Kwaliteitsgeneeskunde": het is een modieuze term die met alle sauzen wordt opgediend en alle uitwassen rechtvaardigt. Het VBS is het Belgisch verbond van beroepsverenigingen van artsen-specialisten. Als koepelstructuur heeft het in België zijn gelijke niet en speelt het een belangrijke rol. Kwaliteit moet gedefinieerd worden door de beroepsbeoefenaars voor hun specialisme. De wetenschappelijke verenigingen moeten de vooruitgang van de kennis en de technieken voor hun specifieke specialisme promoten. Het definiëren van kwaliteitsstandaarden moet gebeuren op basis van de dagelijkse medische praktijk. Dat is de taak van de beroepsverenigingen. In een kwaliteitsstudie moeten structuur, procedé en resultaat (outcome) in rekening genomen worden.

Algemene ziekenhuizen en universitaire ziekenhuizen hebben zowel qua werking als qua financiering een andere structuur. Universitaire bedden worden gefinancierd op basis van andere indexen en de academische ziekenhuizen genieten via onderdeel B7 een financiering van hun assistenten en stagemeesters. De artsen werken er vaak in loondienst. Als de kwaliteitsindicatoren worden afgestemd op de academische structuur van het ziekenhuis en op zorgprocessen die eigen zijn aan universitaire ziekenhuizen, dan kunnen deze indicatoren niet integraal worden toegepast op de algemene ziekenhuizen. Elke kwaliteitsindicator moet toepasbaar zijn op het ziekenhuis, of, andersom, moet universeel zijn en toepasbaar op alle ziekenhuizen. Dat is de basis zelf van de processen voor ziekenhuisaccreditering. Nieuwe kwaliteitscriteria of -processen uitwerken die momenteel nog niet gefinancierd worden of voorbehouden zijn aan een beperkt aantal ziekenhuizen is onrealistisch en financieel onhaalbaar.

In het kader van een forfaitarisering per DRG een nieuwe vorm van geneeskunde uitdenken met nieuwe indicatoren en nieuwe processen is riskant, want de kans is groot dat men zal betaald worden zonder dat er ook maar in het minst rekening gehouden wordt met geleverde prestaties. De financiering per DRG zou worden berekend op basis van een reële kostprijs waarvan men het bedrag niet kent. Een P4Quality uitdenken zonder universele indicatoren is onrealistisch. De indicatoren moeten worden opgesteld voor alle ziekenhuizen, universitair of niet. Vergeet niet dat een van de voorwaarden om winst te maken met een all-in tarief erin bestaat dat de kosten per patiënt worden gedrukt en de verblijfsduur ingekort. Kosten drukken komt neer op een vermindering van het zorgaanbod aan de patiënt. De kwaliteitsindicator zal de hoeksteen zijn van P4Quality. Hij moet

worden gedefinieerd door de beroepsverenigingen, die de vertrouwd zijn met de dagelijkse beroepspraktijk.

Een interne herziening van de nomenclatuur door het beroep zelf, zoals dat al in de orthopedie werd gerealiseerd, kan uitmonden in een efficiëntere en rechtvaardigere nomenclatuur. Het VBS wil een model van overleg tussen artsen-specialisten en binnen de medico-mut behouden, al kan dat model wel worden herbekeken op het vlak van efficiëntie en soepelheid. Men moet zich er echter steeds voor hoeden om geld uit te geven dat men niet heeft. Een partnerschap met patiëntenverenigingen is nodig om naar de patiënten te luisteren en hen duidelijk te maken wat de keuzes zijn, maar ook om hen die keuzes uit te leggen.

Dat brengt mij bij het functioneren van het VBS. Bij een dergelijke (r)evolutie van de financiering van de gezondheidszorg moet het VBS diverse uitdagingen aangaan, waar communicatie er een van is; interne communicatie met onze leden, externe communicatie met de politieke, financiële en administratieve beslissers, en vooral met de patiënten. Wij zijn bezig met het uitbouwen van die netwerken. Dat vergt tijd, menselijke middelen en geld. Het VBS beschikt niet over de studie bureaus, computernetwerken of ICT-afdelingen van de ziekenfondsen. Wij zijn niet even sterk geïnformatiseerd als de universiteiten. Wij hebben alleen beperkte middelen en de goede wil van onze medewerkers. Dankzij hen kunnen wij tal van artsen helpen, hetzij individueel, hetzij collectief, door toedoen van hun beroepsvereniging (een Fanny, Olivier, Raf, Brigitte, Koen en Sophian). De acties van welgemeend dankwoord aan met de actieve medewerking van Delphine, Loubna, Vincent, het bestuurscomité, dat, als het VBS zijn enkel mogelijk de strategie uittekent en de de beroepsverenigingen en belangrijk beslissingsorgaan, middelen toekent. Dankzij de vergaderingen van het bureau, die vanaf morgen plaatsvinden met de vertegenwoordigers van de AVS en de AMSFr, volgen wij de actualiteit op de voet, bereiden wij de dossiers van het bestuurscomité voor en delen wij in de informatie van onze secretaris-generaal, Marc Moens, zetelend in het RIZIV en in talloze commissies en cenakels.

De kwaliteitsindicator zal de hoeksteen zijn van P4Quality. Hij moet worden gedefinieerd door de beroepsverenigingen, die de vertrouwd zijn met de dagelijkse beroepspraktijk

Tot besluit zou ik willen zeggen dat het VBS dan wel 60 jaar is geworden, maar dat we, in plaats van ons terug te trekken en de strijd te voeren vanuit ons "pensioen", proactief en combattief willen blijven. Wij willen doelmatige zorg. Wij willen zorgvrijheid die niet uitsluitend gehoorzaamt aan economische imperatieven. Wij willen keuzevrijheid voor de patiënt en toegankelijkheid tot een extramurale geneeskunde. Wij willen fatsoenlijke en faire inkomsten voor de artsen-specialisten. Wij plaatsen vraagtekens bij de rol van de mutualiteiten die zich als "belangenbehartigers van de patiënten" willen ontpoppen maar kieskeurig zijn bij het terugbetalen van prestaties. Wij steunen het medebeheer en eisen onze deelname aan het beslissingsproces in het ziekenhuis als het over strategische en operationele keuzes gaat. Wij zijn beducht voor een geneeskunde met twee snelheden, maar willen een gezondheidsbeleid en geen rantsoenering van de gezondheidszorg. Na 60 jaar is le nouveau VBS-GBS arrivé, met de wijziging van de statuten.

Lang leve het VBS, de AVS en de AMSFr!

Dr. Jean-Luc DEMEERE
Voorzitter

@

Wenst u te reageren op dit artikel? Dat kan op het e-mailadres info@vbs-gbs.org
Alle meningen zijn welkom!

**BELGISCHE BEROEPSVERENIGING VAN GENEESHEREN-SPECIALISTEN
IN INTENSIEVE ZORGEN
ALGEMENE JAARVERGADERING EN SYMPOSIUM 26.02.2015**

| | | |
|---------|---|---|
| 19.30 u | Stefaan Gouwy <i>Voorzitter BBIZ</i> | Inleiding |
| 19.40 u | Didier Neuberg <i>Penningmeester</i> | Algemene vergadering - nieuwe leden - financiële balans |
| 20.00 u | Jan Verbeke <i>Beroepsvereniging Intensieve Zorgen</i> | De budgetoverschrijding binnen art. 13 in cijfers |
| 20.40 u | Dr. Piet Lormans <i>Beroepsvereniging Intensieve Zorgen</i> | Maatregelen tegen de budgetoverschrijding in art. 13 |
| 21.20 u | Prof. Dr. Johan Decruyenaere <i>UZ Gent</i> | Registration of intensive care patients |
| 22.00 u | | Discussie |
| 22.15 u | | Receptie |

Best Western Hotel – Groot-Bijgaarden – gelegen langs de autosnelweg E40 Brussel-Oostende

Inschrijving gratis
Accreditering is aangevraagd

✂

INSCHRIJVINGSFORMULIER

(terug te sturen naar: VBS, Symposium IZ-SI, Kroonlaan 20, 1050 Brussel)

Naam: **Voornaam:**
Straat: **Nr:**
Postcode: **Plaats:**
RIZIV-nr.: **E-mail:**

Ik zal aan het symposium van 26.02.2015 deelnemen.

**HERINNERING:
HET AKKOORD ARTSEN-ZIEKENFONDSEN IS GEPUBLICEERD IN HET
BELGISCH STAATSBLAD VAN 27.01.2015**

De voornaamste maatregelen van het akkoord artsen-ziekenfondsen werden samengevat in het vorige nummer van ons tijdschrift.

Het VBS herinnert eraan dat de artsen die slechts gedeeltelijk wensen toe de treden tot het akkoord of die weigeren toe te treden tot het akkoord hun beslissing moeten meedelen aan het RIZIV per aangetekend schrijven uiterlijk op **26.02.2015** (poststempel geldt als bewijs)

De modelbrieven voor gedeeltelijke conventioneerding of deconventioneerding zijn beschikbaar op de VBS-website www.vbs-gbs.org (E-SPECIALIST > 27.01.2015 e-specialist nr. 488: publicatie akkoord geneesheren-ziekenfondsen in Belgisch Staatsblad 27.01.2015).

AANKONDIGINGEN

15029 **BRUSSEL** - UVG Brugmann zoekt 3 specialisten in acute of urgentiegeneskunde (11/11). Info : <http://www.uvc-brugmann.be>. Kandidatuur vóór 18/03/15 : [gestionmedecins\(at\)chu-brugmann.be](mailto:gestionmedecins(at)chu-brugmann.be) t.a.v. Dr Florence HUT, Alg.med.Dir.(of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel) met ref. A04/15

15028 **WEZEMBEEK-OPPEM** - MCH Leuven - Wezembeek-Oppem zoekt een tweetalige radioloog -deeltijds mandaat - conventionele radiologie, echografie, mammografie, botdensiteits- meting. Kandidatuur: Dr. H. De Vis, medisch directeur, MCH, M. Theresiastraat 63A, 3000 Leuven, 016/31.01.00.

15025 **HEUSDEN ZOLDER**- St-Franciscus Zh zoekt een Gynaecoloog (deeltijdse betrekking mogelijk), een Urgentist/Acutist spoedgevallen, een Oftalmoloog voor klin. & poliklin. activiteiten een Abdominaal Chirurg. Kandid. : Dr. Luc Geutjens - St-Franciskus Zh vzw - Pastoor Paquaylaan 129 - 3550 Heusden-Zolder - [Luc.geutjens\(at\)sfz.be](mailto:Luc.geutjens(at)sfz.be).Info : www.sfz.be

15023 **ANTWERPEN**- ZNA Stuivenberg zoekt een voltijds arts-specialist in de urgentie- geneseskunde. Info: www.zna.be, jobs en bij dr. K. Anseeuw, Medisch Diensthoofd Spoedgevallen en MUG, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen, 03/217 78 37 of [kurt.ansseeuw\(at\)zna.be](mailto:kurt.ansseeuw(at)zna.be) . Kandidatuur : Claudine Icket, assistente Medische directie:

claudine.icket(at)zna.be

15021 **BRUSSEL** Het UVC Brugmann zoekt een cardioloog (11/11). Kandidatuur met ref. A02/15 vóór 28/02/2015 : gestionmedecins(at)chu-brugmann.be t.a.v. Dr D. Désir, Alg.med.Dir. (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel). Info : <http://www.uvc-brugmann.be>

15019 **ANTWERPEN** Centrum voor Medische Analyse bvba (www.cma.be) zoekt een GENEESHEER-PATHOLOOG (voltijds/deeltijds). Kandidatuur : Centrum voor Medische Analyse, Oud-Strijderslaan 199, 2200 Herentals. Meer info: 014/285000 en www.cma.be

15018 **BRUSSEL** UVC Brugmann zoekt een specialist interne geneeskunde – hemato-oncologie (11/11). Kandidatuur voor 28/02/2015 - ref. A03/15 : gestionmedecins(at)chu-brugmann.be t.a.v. D. Désir, Alg.med.Dir. (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel). Internet : <http://www.uvc-brugmann.be>.

15014 **MALLE** A. Z. Sint-Jozef zoekt anesthesist met erkenning in de intensieve zorgen (8 ½ dagen). Info : dr. G. Adriaenssens, diensthoofd anesthesie : 03 3802478 of [gerlinde.adriaenssens\(at\)emmaus.be](mailto:gerlinde.adriaenssens(at)emmaus.be). Kandidatuur : dr. G. Adriaenssens, diensthoofd anesthesie; dr. Ch. Depestel, hoofdgen.-med. Dir. en K. Vancraeynest, alg. dir., AZ St Jozef, Oude Liersebaan 4 te 2390 Malle.

15011 **KORTRIJK** AZ Groeninge zoekt gynaecoloog – met exp. in urogynaecologie/laparoscopie. Info Dr. G. STAELENS, diensthoofd Gynaecologie-Verloskunde : [gracienne.staelens\(at\)azgroeninge.be](mailto:gracienne.staelens(at)azgroeninge.be) , p/a az groeninge, President Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk (056/634220). Kandidatuur : dhr Ph. DE COENE, dhr. J. DELEU, dr. S. VANDERSCHUEREN, dr. G. STAELENS p/a az groeninge, campus Kennedylaan, President Kennedylaan 4, 8500 Kortrijk.

15010 **BRUSSEL** Het UVB zoekt een adjunct kliniekhoofd bij het dep. interne geneeskunde – pneumologiekliniek (M/V) – 11/11. Info : <http://www.uvc-brugmann.be>. Kandidatuur : gestionmedecins(at)chu-brugmann.be t.a.v. Dr Daniel Désir, Alg. med. Dir. (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel) ref. HR/Na – Nr A03/14. Afsluitingsdatum : 30/06/2015.

15008 **OVERPELT** Het Maria zh zoekt Cardioloog all-round, Dermatoloog, Geriater, Kinderpsychiater, Neuroloog, Reumatoloog. Info : www.mariaziekenhuis.be/vacatures . kandidatuur met CV : Prof. dr. Bernard Himpens, alg. dir. - dr. Marnix Goethals, med. Dir. Mariaziekenhuis vzw - Maesensveld 1 - 3900 OVERPELT.

15003 **BRUSSEL** Het UKZKF werft aan geneesheren specialisten in de pediatrie voor de dienst Neonatologie (M/V). Kandidatuur en CV : Dhr. J. MEERT, Verantwoordelijke Human Resources, Univ. Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, J.-J. Crocqklaan 15 - 1020 Brussel (e-mail : [julien.meert\(at\)huderf.be](mailto:julien.meert(at)huderf.be))

15001 **Heusden Zolder** St-Franciscus Zh zoekt naar een specialist in de acute geneeskunde, gynaecologie, oftalmologie (klin. en poliklin. Activiteiten), abdominale chirurgie. Informatie : www.sfz.be . Kandidatuur : Dr Luc Geutjens, medisch directeur St-Franciscus Zh - Pastoor Paquaylaan 129 - 3550 Heusden-Zolder - [Luc.geutjens\(at\)sfz.be](mailto:Luc.geutjens(at)sfz.be)

14145 **LEUVEN** - Het Reg. Ziekenhuis H.H. Leuven zoekt een arts specialist **NKO** (deeltijds of voltijds). Meer info : Alg. Directeur, mevr. K. Van Gerven (T. 016/209221. Kandidatuur : motivatiebrief & uitgebreid CV : mevr. N. Kempeneers, voorzitter Raad van Bestuur en Dr. D. Vermaut, voorzitter Medische Raad – Reg. Ziekenhuis Heilig Hart – Naamsestraat 105 – 3000 Leuven of via [sabine.dekelver\(at\)hhleuven.be](mailto:sabine.dekelver(at)hhleuven.be)

14137 **ANTWERPEN** - Dr. Etienne Borms bvba zoekt 1 **RADIOLOOG** (m/v). Medewerking in een groepspraktijk private radiologie met speciale interesse in mammografie en echografie. Gezocht profiel : specialisatie radiologie. Plaats tewerkstelling: Jan Van Rijswijcklaan 129 bus 16 - 2018 ANTWERPEN. Solliciteren : Jan Van Rijswijcklaan 129 bus 16 - 2018 ANTWERPEN of [dr.e.borms\(at\)scarlet.be](mailto:dr.e.borms(at)scarlet.be)

14136 **OVERPELT** - Het Maria Zh zoekt een **RADIOLOOG** (voltijds) met specialisatie in de röntgendiagnose. Meer info: Dr. Lieven Lambert, medisch diensthoofd: 011 826 144 of [llambert\(at\)mznl.be](mailto:llambert(at)mznl.be) of Dr Marnix Goethals, medisch directeur: 011 826 478 of [mgoethals\(at\)mznl.be](mailto:mgoethals(at)mznl.be) - www.mariaziekenhuis.be/vacatures. Kandidatuur met cv naar: de heer R. Luyten, algemeen directeur; dr. M. Goethals, medisch directeur; dr. L. Lambert, medisch diensthoofd radiologie, Mariaziekenhuis vzw, Maesensveld 1, 3900 Overpelt.

14130 **BRUSSEL** - Het UKZKF werft aan een diensthoofd (m/v) voor de dienst **MEDISCHE BEELDVORMING** (11/11) –Kandidatuur met ref. RH/A38/14 voor 30.04.2015 richten tot : Algemeen Directeur van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, J.-J. Crocqklaan 15 - 1020 Brussel,

14128 **HEUSDEN-ZOLDER** - Het Sint-Franciscus Ziekenhuis zoekt een **URGENTIST / ACUTIST** spoedgevallen. Meer informatie : Dr. Guy Veldeman, diensthoofd spoedgevallendienst en MUG, tel. 011 715 863 of mail [guy.veldeman\(at\)sfz.be](mailto:guy.veldeman(at)sfz.be), Dr. Luc Geutjens, medisch directeur, tel. 011 715 407 of mail [luc.geutjens\(at\)sfz.be](mailto:luc.geutjens(at)sfz.be). Kijk ook op www.sfz.be. Kandidatuur met cv aan: Dr. Marc Geboers, alg. dir. - St-Franciskus Ziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 - 3550 Heusden-Zolder - [marc.geboers\(at\)sfz.be](mailto:marc.geboers(at)sfz.be). Kandidaten die in de nabije toekomst erkend worden komen eveneens in aanmerking voor de vacature.

14127 **BRUSSEL** - Het UKZKF zoekt een specialist in de **ORTHOPEDISCHE KINDERHEELKUNDE** (11/11) –. Kandidatuur met ref A21/14 richten tot Prof. G. CASIMIR, Medisch Directeur-generaal van het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola, J.-J. Crocqklaan 15 - 1020 Brussel, e-mail [georges.casimir\(at\)huderf.be](mailto:georges.casimir(at)huderf.be) . Afsluitingsdatum : 30 april 2015.

Inhoudstafel

| | |
|--|---|
| • Naar een efficiëntere geneeskunde? Ja, maar even toegankelijke en met een rechtvaardige nomenclatuur | 1 |
| • Beroepsvereniging Intensieve Zorg: algemene vergadering en symposium 26.02.2015 | 5 |
| • Herinnering – Akkoord artsen - ziekenfondsen | 5 |
| • Aankondigingen | 6 |