
De Geneesheer-Specialist

Orgaan van het Verbond der Belgische
Beroepsverenigingen van
Geneesheren-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. 3 / MEI 2014

Afgifte Kantoor : BRUSSEL

OPEN BRIEF AAN DE POLITIEKE PARTIJEN EN AAN DE TOEKOMSTIGE (IN)FORMATEUR(S)

Op 25 mei 2014 vindt "de moeder aller verkiezingen" plaats: de eerste verkiezing na de 6^{de} staatshervorming¹. Met alle landgenoten samen kunnen we alleen maar hopen dat België niet zijn eigen wereldrecord regeringsvorming van 541 dagen zal breken. De prille vooruitgang van de economische toestand van ons land verdient spoedig een regering die met een nieuwe dynamiek de uitdagingen die op ons afkomen aanpakt.

In het julinumnummer 2010 van ons tijdschrift werd het memorandum van het VBS aan de onderhandelaars voor een nieuwe regering opgenomen. We moeten jammer genoeg vaststellen dat maar weinig van onze aandachtspunten door de regering-Di Rupo werden ter harte genomen. Dit ontmoedigt ons niet te delen. Onder meer het nieuwe ziekenhuizen, dat Laurette perscommuniqué al op op de onderhandelingstafel de

Onder meer het door Laurette Onkelinx aangekondigde financieringsmodel voor de ziekenhuizen kan op de onderhandelingstafel de gemoederen hoog doen oplopen

om ook deze keer onze eisen mee financieringsmodel voor de Onkelinx met een 31.03.2013 aangekondigde, kan gemoederen hoog doen oplopen.

Ongeacht welke politieke zal/zullen winnen, voor de artsen boven water: allemaal snoeien ze

algemeen en in de gezondheidszorg in het bijzonder, de ene politieke strekking al meer dan de andere. Het worden dus harde tijden. Hieronder leest u alvast onze eisen en voorstellen om de uitdagingen van de komende jaren het hoofd te bieden.

partij(en) de verkiezingen staat alvast één ding als een paal fors in de sociale zekerheid in het

1) Een coherent gezondheidsbeleid

In het kader van de gezondheidszorg moet de eerste prioriteit erin bestaan om een coherent gezondheidsbeleid te ontwikkelen. De 6^{de} staatshervorming hevelt een aantal bevoegdheden over naar de gemeenschappen. Gezondheidszorgen in de brede zin van het woord dienen op elkaar te worden afgestemd. Daarom is het primordiaal dat een efficiënte interactie tussen de federale overheid en de verschillende gemeenschappen gefaciliteerd wordt.

¹ De leden die het tijdschrift onder papiervorm ontvangen zullen mogelijks het tijdschrift slechts in de bus krijgen na de verkiezingen.

2) Financiële en ethische keuzes en privéverzekeringen

De federale overheid blijft verantwoordelijk voor de financiering van grote delen van de gezondheidszorg. Het is duidelijk dat, gezien de huidige technologische vooruitgang in alle gebieden van de geneeskunde – endoscopische (robot)chirurgie, de ontwikkeling van de moleculaire (micro)biologie en genetische diagnostische procedures, gepersonaliseerde geneesmiddelen, nanotechnologie, regeneratieve geneeskunde enz. –, het in de nabije toekomst niet meer mogelijk zal zijn om alles binnen het kader van één enkele, algemene verzekering ten laste te nemen. Er zullen ethische keuzes moeten gemaakt worden.

De verantwoordelijkheid van de arts en de financier van het systeem liggen op een ander niveau. De arts is er toe gehouden de best mogelijke zorg te verstrekken aan zijn patiënt. Dat is zijn ethische en wettelijke plicht. De keuze van de zorg die zal worden terugbetaald zal worden gemaakt door de financier van het systeem die rekening houdt met het beschikbare budget. Voor die keuze is alleen de financier van het systeem verantwoordelijk. De ethische en wettelijke verantwoordelijkheid van de arts staan hier los van. De kosten van de gezondheidszorg in de hand houden en ze afstemmen op de verwachtingen van de patiënten, op de technologische ontwikkelingen en op de vergrijzing van de bevolking, met behoud van een kwaliteitsvolle, voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg zullen de uitdaging vormen voor de komende jaren. Het is zeer belangrijk dat een zo breed mogelijke waaier van basisprestaties universeel op wettelijke basis gedekt blijft. Daarnaast zal het nodig zijn en moet het toegelaten en zelfs aangemoedigd worden dat patiënten door middel van aanvullende of privéverzekeringen zorgen voor een bijkomende dekking. Het is hypocriet te stellen dat dit een tweesnelhedengeneeskunde zou introduceren: die bestaat al lang, zoals het tweesnelhedensysteem ook al decennia in het onderwijs en sociaaleconomische sectoren bestaat.

3) Concentratieziekenhuizen?

De federale overheid blijft verantwoordelijk voor de financiering van de gezondheidszorg. De normering van de ziekenhuizen en de controle op de naleving van deze normen werd overgeheveld naar de gemeenschappen. Financiering en normering dienen op elkaar te worden afgestemd. Het opleggen van normen zonder dat er financiering tegenover staat leidt onvermijdelijk tot onmogelijke toestanden. De federale regering en de gemeenschappen dienen hierin nauw met elkaar samen te werken.

De besparingen die door de politieke partijen in hun verkiezingsprogramma's naar voren worden geschoven zullen ongetwijfeld invloed hebben op het zorgaanbod en een concentratie van sommige pathologieën in een beperkt aantal centra bewerkstelligen. Alles overal aanbieden is, gezien de beperkte beschikbare financiële middelen, niet langer houdbaar. Maar het idee om pathologieën te concentreren in enkele supergespecialiseerde instellingen is evenmin de mirakeloplossing. Het gaat voorbij aan de rechten van de patiënt om verzorgd te worden door de arts en in het ziekenhuis van zijn keuze en in zijn nabije omgeving. De beleidskeuzes om deze concentratie te beslissen zijn doorgaans gebaseerd op studies uitgevoerd door experts die hoofdzakelijk aan deze supergespecialiseerde instellingen of referentiecentra verbonden zijn. De outcome van deze studies is dan ook niet van enige belangenvermenging verstoken. Het concentreren van alle zogenaamde zeldzame pathologieën in een zeer beperkt aantal referentiecentra, met omkaderingsnormen die slechts haalbaar zijn voor een paar universitaire ziekenhuizen in heel België, is de beste manier om artificieel wachtlijsten te creëren.

Het VBS aanvaardt niet dat de expertise die werd opgebouwd overboord wordt gegooid. De enkele centra die in de toekomst nog erkend zullen zijn, zullen onmogelijk alle patiënten binnen een optimale termijn kunnen behandelen. Bovendien zou worden voorbijgegaan aan een wezenlijk probleem: indien de expertise binnen de niet-universitaire ziekenhuizen om de diagnose van zeldzame pathologieën te stellen verdwijnt, wordt doorverwijzing onmogelijk. Hoe zullen de ASO's tijdens hun opleiding nog in contact kunnen komen met dergelijke pathologieën? Deze hypergespecialiseerde referentiecentra kunnen immers maar een beperkt aantal ASO's opleiden.

4) Terugbetaling geneesmiddelen loskoppelen van de instelling

De kritiek die hiervoor werd geuit kan eveneens gemaakt worden ten opzichte van tal van recente beslissingen m.b.t. terugbetaling van geneesmiddelen. Innovatieve geneesmiddelen zijn

doorgaans zeer duur. Louter om economische redenen wordt het voorschrijven van sommige medicijnen voorbehouden aan artsen werkzaam in gespecialiseerde (universitaire) centra. Patiënten die sedert jaren met veel toewijding, deskundigheid en goede resultaten verzorgd werden door erkende artsen-specialisten in centra die niet aan de gespecialiseerde criteria voldoen, moeten omwille van de terugbetaling van hun geneesmiddelen noodgedwongen doorverwezen worden.

Het VBS vraagt om voor het voorschrijven van deze nieuwe geneesmiddelen nauwkeurige klinische guidelines in te voeren waaraan moet worden voldaan, in plaats van het voor te behouden aan een bepaalde type van instelling.

5) Een andere financiering voor ons gezondheidzorgsysteem?

In een all-insysteem om de gezondheidszorg te financieren of, minder confronterend, een systeem van prospectieve forfaitaire financiering volgens pathologie, blijven fundamentele vragen onbeantwoord. Nergens ter wereld bestaat een echt all-insysteem. In hoeverre zal een private, vrije geneeskunde nog worden toegestaan? In hoeverre zal zich een systeem van vrije geneeskunde ten bate van de patiënt kunnen ontwikkelen naast een geforfaitariseerd / verstaatst systeem als de patiënt zelf alle kosten zal moeten dragen voor zorgen waarvan de overheid meent dat ze in het verstaatste systeem niet hoeven of kunnen worden betaald? In hoeverre zal het nieuwe financieringssysteem de vrije keuze door de patiënt van zijn behandelend arts nog respecteren? Het behoud van een geïndividualiseerde relatie tussen de patiënt en zijn behandelend arts is onontbeerlijk. Multidisciplinaire samenwerking is nodig en moet worden aangemoedigd, maar mag niet ten koste gaan van de relatie patiënt-arts, noch van de vrije keuze door de patiënt van zijn zorgverstrekker.

Het VBS pleit voor het behoud van een financiering per act, met gerichte aanpassingen om de efficiëntie van het systeem te verbeteren en om de groei op een verantwoorde manier onder controle te houden. Gezien de economische situatie en de zorgbehoeften die, o.m. wegens de vergrijzing, zullen blijven toenemen, is het VBS van mening dat men de uitgaven moet rationaliseren zonder de geneeskunde te rantsoeneren, door de beschikbare middelen aan de zorgprestaties toe te wijzen, in plaats van aan de introductie van een verambtelijke, bureaucratische geneeskunde.

Op internationaal vlak is er geen enkele ernstige studie die aantoont dat de invoering van een forfaitaire financiering en de stopzetting van de financiering per prestatie bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit, noch tot de realisatie van belangrijke besparingen in de globale kosten van de gezondheidszorg. Eens geïmplementeerd, zal een forfaitaire prospectieve financiering per pathologie, al dan niet "all-in", bijdragen tot de ontwikkeling van een geneeskunde van weinig gemotiveerde ambtenaren, gesalarieerden en schijnzelfstandigen en tot afbouw van het aanbod van diensten van gezondheidszorg. De "geneeskunde met twee snelheden" voor alle zorg, ook basiszorg, zal algemeen ingang vinden. Een significante vermindering van de kwaliteit als gevolg van onderconsumptie en selectie van zorgaanbod staan voor de deur.

Forfaitarisering noopt de ziekenhuizen tot kostenverlaging. Sommige ziekenhuizen nemen initiatieven die effectiviteit (kwaliteit van de geneeskunde) aan efficiëntie (naleving van budgettaire beperkingen) paren. Ze trachten het ziekenhuisverblijf te verkorten. Ze kiezen het type van zorgverstrekking en ingreep dat het ziekenhuis globaal gezien het minste kost. Ze vermijden, waar mogelijk, herhalingen of controleonderzoeken. Andere ziekenhuizen trachten hun kosten te beperken o.m. door patiënten te weigeren wier behandeling te complex en dus te duur is of door sommige diensten aan de patiënt tot een medische onaanvaardbaar laag niveau af te bouwen. Ervaringen in de buurlanden leren ons dat de omschakeling van een financiering per prestatie naar een forfaitaire financiering steeds gepaard gaat met de ontplooiing van een buitensporig duur administratief systeem van financiële en kwalitatieve controle. Het is redelijk te veronderstellen dat het geld dat ten koste van de patiënten en de specialistenhonoraria, via de forfaitarisering wordt bespaard, zal opgaan in toegenomen beheersmatige en bureaucratische behoeften.

6) Jacht op prestige is nefast voor het gezondheidszorgbudget

Niet alleen artsen, maar alle actoren binnen de gezondheidszorg, ziekenfondsen, ziekenhuisbeheerders en patiënten, moeten ertoe worden aangezet om de uitgaven te

beheersen. Een verder doorgedreven samenwerking tussen de zorginstellingen moet de wildgroei voorkomen van sommige (dikwijls politiek geïnspireerde) prestigeprojecten die rationeel niet te verantwoorden zijn.

7) Kostenbeheersing door meer extramurale geneeskunde

Tegelijkertijd dient extramurale zorg gepromoot als die veilig en gemakkelijk buiten een ziekenhuis kan aangeboden worden. Zorginstellingen kunnen niet de exclusiviteit blijven opeisen van de technische geneeskunde. De RIZIV-reglementering voorziet al jarenlang dat zorg die ambulante kan verstrekt worden ook ambulante moet verstrekt worden. Het RIZIV maakt daarbij geen onderscheid tussen ambulante zorg binnen of buiten de muren van een ziekenhuis². Extramuros instellingen kunnen wel degelijk kwaliteitsvol werken, mits voldaan wordt aan kwaliteitscriteria die in gemeenschappelijk overleg tussen de beroepsverenigingen en de overheid worden vastgelegd.

8) Rol en financiering van de mutualiteiten

De rol van de mutualiteiten moet herzien worden. Niemand kan hen het recht ontzeggen als ledenvereniging op te treden en ze hebben in die functie hun waarde bewezen. Het rechtstreekse contact van de mutualiteiten met hun leden, dat vooral tot stand kwam bij de terugbetaling van de verstrekte zorg, heeft de laatste decennia sterk aan belang ingeboet. Vele loketten werden uit economische en/of veiligheidsoverwegingen gesloten. De terugbetaling van de verstrekte zorg gebeurt meer en meer volledig elektronisch. Waarom beslist de overheid niet om de terugbetaling van verstrekte zorg centraal te organiseren? Met één informaticapakket in plaats van vijf vandaag, zodat een grotere efficiëntie en een flinke kostenbesparing kan worden gerealiseerd.

Op die manier zou ook kunnen vermeden worden dat mutualiteiten buitensporige financiële reserves kunnen opbouwen of winsten creëren die alleen maar dienen om via onderlinge concurrentie elkaar leden af te snoepen met twijfelachtige aanvullende tegemoetkomingen.

De mutualiteiten werpen zich op als patiëntensyndicaten, wat in schril contrast staat met de strapatsen die ze de voorbije jaren uithalen ten nadele van hun leden, onze patiënten. Denken we maar aan het weigeren van de terugbetaling van levensnoodzakelijke medicijnen wegens administratieve spitsvondigheden, het onmogelijk maken dat miniforfaits nog werden vergoed en het sinds jaren, en nog steeds, terugvorderen van sommen die ze aan werkonbekwamen uitkeerden met miskenning van het handvest voor de sociaal verzekerden. En dat allemaal dankzij (!) de jaarlijkse overheidstussenkomst voor hun administratiekosten (€ 1.070,39 miljoen voor 2014).

9) Het akkoordensysteem en de vrije honoraria

Het huidige overlegmodel artsen-ziekenfondsen is op sterven na dood. De akkoorden artsen-ziekenfondsen zijn dictaten geworden die de politiek via haar bevriende mutualiteiten opdringt aan de artsenorganisaties. Een van de pressiemiddelen is het sociaal statuut, waardoor het voor de artsenorganisaties quasi onmogelijk is geworden om nog te weigeren een akkoord af te sluiten. Het bedrag van het sociaal statuut werd op een niveau vastgesteld dat het voor vele artsen onmogelijk maakt om er nog van af te zien.

Door de beperkingen op het vragen van een eigen honorarium (supplementen) is het netto compenseren van het bedrag van het sociaal statuut bij weigering van de conventie geen optie meer. Bovendien leggen sommige mutualiteiten het erop aan om artsen die het nog aandurven om zelf hun honoraria vast te stellen een stempel op te drukken van sjoemelaar. Daarbij wordt dan gemakshalve uit het oog verloren dat de tarieven die vastgelegd zijn in het akkoord artsen-ziekenfondsen sociale tarieven zijn waarvoor de arts, als hij ze respecteert, als tegenprestatie aanspraak kan maken op het sociaal statuut.

Een belangrijk gedeelte van de ereloonsupplementen wordt in ziekenhuismilieu trouwens gebruikt om de falende financiering via het budget van de financiële middelen te ondervangen. Politici moeten er zich bewust van zijn dat het beperken of afschaffen van ereloonsupplementen een rechtstreekse invloed heeft op de ziekenhuisfinanciering. Wat men met de ene hand

² Artikel 7 §1 van de RIZIV verordening van 27.07.2003

wegneemt, zal via een betere financiering via het BMF opnieuw naar het systeem moeten terugvloeiën.

10) Participatie en verantwoordelijkheden van de patiënten

De patiënten zijn actieve actoren in hun eigen gezondheidszorgbeleid. Zij moeten meer betrokken worden bij het gezondheidszorgbeleid, want de mutualiteiten doen dat niet in hun plaats.

De patiënt heeft rechten die wettelijk omschreven zijn³, maar heeft ongetwijfeld ook plichten, die tot op heden nergens worden opgesomd. Bij medisch shoppen moet de patiënt de daaraan verbonden kosten zelf dragen. Het onnodig op vraag van de patiënt doen herhalen van technische prestaties moet financieel te zijnen laste worden gelegd.

Het medisch handelen moet op alle niveaus aan EBM-regels, zo ze bestaan, beantwoorden. Niet-conventionele praktijken kunnen dus nooit voor terugbetaling in aanmerking komen. Anamnese en degelijk klinisch onderzoek moeten in eer hersteld worden, want in vele gevallen volstaan ze om voldoende uitsluitsel te geven, zodat een arsenaal aan technische verstrekkingen in de medische beeldvorming en de klinische biologie achterwege kan worden gelaten. Het is aan de artsen om hun patiënten hiervan te overtuigen en niet aan de mutualiteiten.

Dr. Marc Moens,
Secretaris-generaal

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

NEEM DEEL AAN DE ENQUÊTE OVER DE VERNIEUWDE VBS-WEBSITE

Geachte Dokter,

Zoals u ongetwijfeld al hebt gemerkt, heeft het VBS op 3 maart 2014 een nieuwe versie van zijn website online gezet.

Deze nieuwe website moet flexibeler zijn in gebruik en stelt ons secretariaat in staat om makkelijker te communiceren met de beroepsverenigingen en hun leden.

Het adres van de website is niet veranderd: www.vbs-gbs.org

De vernieuwde website kreeg al veel bezoekers, onder wie misschien ook u.

Wij leggen momenteel de laatste hand aan de informatie en de archieven die u op de website zult vinden.

De VBS-website heeft tot doel de artsen-specialisten te informeren door hen vlot toegankelijke informatie en bijwerkingen ter beschikking te stellen met betrekking tot:

- de nomenclatuur,
- relevante wetgeving voor artsen-specialisten,
- informatie m.b.t. de bij het VBS aangesloten beroepsverenigingen

Specialisten die dat wensen, kunnen ons voortaan contacteren via een formulier dat ze op de website invullen.

Om de website die we gelanceerd hebben verder te verbeteren, de informatie beschikbaar te stellen die u nodig hebt, of andere tools te voorzien, hebben wij u al via een e-specialist gecontacteerd met de vraag om aan een korte enquête deel te nemen.

Wij nodigen hierbij ook onze leden die De Geneesheer-Specialist enkel op papier ontvangen uit om de nieuwe VBS-website te bezoeken en, als ze dat wensen, de enquête in te vullen, die toegankelijk is via de volgende link: <https://www.surveymonkey.com/s/peiling-website>

Alvast bedankt om ons via deze weg uw mening te geven over de website van het VBS.

Met vriendelijke groet,
Het VBS-GBS

³ Wet van 22.08.2002 betreffende de rechten van de patiënt (BS 26.09.2002).

**UITTREKSELS UIT DE WET VAN 10 APRIL 2014 HOUDENDE DIVERSE
BEPALINGEN INZAKE GEZONDHEID (BS 30.04.2014)**

Financiële transparantie van geneeskundige verzorging⁴.

Eind 2012 was het voorontwerp van wet op de financiële transparantie nog aanleiding van het opschorten van de onderhandelingen voor het afsluiten van een akkoord artsen-ziekenfondsen 2013-2014. Het ontwerp van wet werd door Minister Laurette Onkelinx voor enkele maanden on hold gezet om de feestelijkheden begin 2014 rond de viering van 50-jarig bestaan van het Belgische overlegmodel niet te hypothekeren. Enkele scherpe kantjes werden eraf gevijld.

Toevoeging aan art. 53 Gvu-wet:

"Ongeacht of de zorgverlener de verstrekkingen verricht voor eigen of voor andermans rekening, wordt op het deel ontvangstbewijs van het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document, het bedrag vermeld dat door de rechthebbende aan de zorgverlener werd betaald voor de verrichte verstrekkingen. Van zodra een overeenkomst of een akkoord een regeling van elektronische facturatie door zorgverleners heeft vastgesteld, stelt de Koning, op voorstel van het Verzekeringscomité en na advies van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de bijkomende gegevens vast die door de zorgverleners aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt."

../...

" § 1/1. Voorschotten voor te verlenen of af te leveren geneeskundige verstrekkingen mogen worden ontvangen binnen de grenzen zoals vastgesteld in de overeenkomsten en akkoorden."

De zorgverleners zijn ertoe gehouden om aan de rechthebbende een ontvangstbewijs uit te reiken in geval van ontvangst van een voorschot.";c) een paragraaf 1/2 wordt ingevoegd, luidende :

" § 1/2. De zorgverleners zijn ertoe gehouden om aan de rechthebbende een bewijsstuk uit te reiken van de verrichte verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, alsmede van de verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en samen met verstrekkingen die er wel aanleiding toe geven worden verricht :

1° als er toepassing wordt gemaakt van de derdebetalersregeling;

2° als de zorgverlener, naast bedragen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering, ook bedragen aanrekenen aan de rechthebbende voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering;

3° als de zorgverlener bedragen int van de rechthebbende nadat hij hem het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document bedoeld in § 1 heeft uitgereikt;

4° in geval het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het gelijkwaardig document bedoeld in § 1, eerste lid, wordt vervangen door een elektronische gegevensoverdracht door de zorgverlener aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Het totaal bedrag van de verstrekkingen bedoeld in het eerste lid dat aangerekend wordt aan de rechthebbende alsmede het totaal bedrag betaald door de rechthebbende voor de bedoelde verstrekkingen, met inbegrip van de betaalde voorschotten, komen voor op het bewijsstuk.

Naast elk van de verrichte verstrekkingen, vermeld onder de vorm bedoeld in § 1, eerste lid voor de verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en met een omschrijving voor de verstrekkingen die er geen aanleiding toe geven, staat zijn bedrag.

In afwijking van het eerste lid 1° en 3° moet geen bewijsstuk worden uitgereikt door de algemeen geneeskundige of de geneesheer-specialist wanneer hij enkel een raadpleging of bezoek bedoeld in artikel 34, eerste lid, 1°, a) verricht, alsook in geval van manuele opening of

⁴ Toevoegingen aan de Gvu-wet van 14 juli 1994

verlenging van het globaal medisch dossier. In dat geval reikt de zorgverlener aan de rechthebbende een ontvangstbewijs van het ontvangen bedrag uit.

Op vraag van de rechthebbende, bevat het bewijsstuk, voor de geneeskundige verstrekkingen en de medische hulpmiddelen bedoeld in artikel 33, § 1, 11° van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot medische hulpmiddelen, bepaald door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, het aankoopbedrag van de door de zorgverlener afgeleverde hulpmiddelen als die het voorwerp uitmaken van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering of deel uitmaken van een geneeskundige verstrekking die aanleiding geeft tot een dergelijke tegemoetkoming.

De overeenkomsten en akkoorden gesloten door de commissies bedoeld in artikel 26 stellen de andere vermeldingen vast die voorkomen op het bewijsstuk evenals de modaliteiten volgens de welke dit wordt uitgereikt aan de rechthebbende. De overeenkomsten en akkoorden stellen ook het model vast dat moet worden gebruikt door de zorgverleners.

De documenten gevoegd als bijlagen 37, 38, 43, 49 en 52 bij de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, blijven van kracht tot hun vervanging overeenkomstig het zesde lid.”;

Verbod op reclame voor esthetische prestaties

De wet van 6 juli 2011 houdende een verbod op reclame voor ingrepen van medische esthetiek werd door het grondwettelijk hof in zijn arrest van 70/2013 van 22 mei 2013 vernietigd. Een verbod op reclame voor deze ingrepen wordt opnieuw opgenomen in ons wettelijk arsenaal door een toevoeging in de wet van 23 mei 2013 tot regeling van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde⁵ van volgende bepalingen.

Toevoeging aan art. 2

“6° reclame : iedere vorm van op het publiek gerichte mededeling of handeling die rechtstreeks of onrechtstreeks tot doel heeft de in artikel 3 bedoelde ingrepen te bevorderen, ongeacht de daartoe aangewende plaats, drager of aangewende technieken, reality-tv-uitzendingen inbegrepen;

7° praktijkinformatie : iedere vorm van mededeling die rechtstreeks en specifiek, ongeacht de daartoe aangewende plaats, drager of aangewende technieken, tot doel heeft een beoefenaar te laten kennen of informatie te verstrekken over de aard van zijn beroepspraktijk;

8° misleidende informatie : iedere vorm van mededeling of handeling die op enigerlei wijze, met inbegrip van de opmaak ervan, de personen tot wie ze zich richt of die ze aanbelangt, misleidt en door haar misleidende aard hun gedrag kan beïnvloeden, of die daardoor een patiënt schade toebrengt of kan toebrengen;

9° vergelijkende informatie : iedere vorm van mededeling of handeling die, uitdrukkelijk of impliciet, een andere beoefenaar of een door een andere beoefenaar aangeboden dienst bekendmaakt.”

Hoofdstuk 6/1. – Reclame en informatie”.

“Art. 20/1, Het is elke natuurlijke of rechtspersoon verboden om reclame voor in artikel 3 bedoelde ingrepen te verspreiden.

De praktijkinformatie met betrekking tot die ingrepen is toegestaan mits de hierna volgende voorwaarden worden nageleefd.

De praktijkinformatie moet waarheidsgetrouw, objectief, ter zake, verifieerbaar, discreet en duidelijk zijn.

De informatie mag niet misleiden, vergelijken of financiële argumenten hanteren.

⁵ De gecoördineerde tekst van de wet van 23.05.2013 is beschikbaar op de VBS-website onder de rubriek wetgeving.

De praktijkinformatie vermeldt altijd de bijzondere beroepstitels in de zin van artikel 35ter van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen waarover de beoefenaar beschikt. Wanneer praktijkinformatie verspreid wordt door een instelling die een beroep doet op de diensten van beoefenaars, worden altijd de namen van de beoefenaars en de bijzondere beroepstitels in de zin van artikel 35ter van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van eenieder van hen vermeld. De bepalingen van deze wet inzake reclame en praktijkinformatie gelden onverminderd de toepassing van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt voor zover die betrekking heeft op informatie over ingrepen als bedoeld in deze wet.”.

“Art. 22/1. Hij die een in artikel 20/1, bedoelde inbreuk begaat wordt gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot zes maanden en met een geldboete van tweehonderd vijftig euro tot vijfduizend euro of met een van deze straffen alleen.

Bovendien kan de rechtbank bevelen dat het vonnis of de samenvatting ervan op kosten van de overtreder in drie kranten en op enige andere wijze wordt bekendgemaakt.”

In een volgend nummer zullen nog enkele andere onderwerpen aan bod komen.

PATIËNTVEILIGHEID IN HET OPERATIEKWARTIER: STAAT DE SURGICAL SAFETY CHECKLIST TER DISCUSSIE?

Net op het moment dat we een sterke case hebben opgebouwd om het gebruik van de WHO surgical safety checklist (SSC) te promoten (Bergs et al., 2014), verschijnt in het befaamde tijdschrift *The New England Journal of Medicine* de zogenaamde ‘Ontario studie’ die het tegendeel beweert (Urbach et al., 2014). **Staat de checklist hiermee nu ter discussie?**

Voor we de conclusie van deze laatste studie zomaar blindelings zouden aannemen, willen we enkele overschouwende en pragmatische reflecties delen. Het structureel verbeteren van patiëntveiligheid is een proces van lange adem. Het is bijgevolg niet verwonderlijk dat veelbelovende interventies, zoals de SSC, slechts stapsgewijs hun weg richting praktijk vinden. De ‘Ontario studie’ is hiervan een illustrerend voorbeeld. In deze studie hebben de auteurs gepoogd het effect van het gebruik van de SSC op mortaliteit en het aantal postoperatieve complicaties te meten. Ze doen dit door respectievelijk het aantal complicaties drie maanden voor -en na een verplichte implementatie met elkaar te vergelijken. Wat we uit deze studie leren, is dat drie maanden na de introductie van de SSC binnen een ruimer kader en zonder een goed onderbouwde implementatie methodiek geen reductie van postoperatieve complicaties en mortaliteit meetbaar is. Het feit dat geen significante daling van het aantal postoperatieve complicaties en mortaliteit kon aangetoond worden, ligt, rekening houdende met de wijze waarop deze studie werd opgezet en aangepakt, in lijn van de verwachtingen.

Zo kan het *werkelijke effect* van de SSC maar beoordeeld worden als de naleving (compliance) ervan objectief geobserveerd wordt. De meest correcte manier hiertoe is *clandestiene observatie*. De auteurs van de Ontario studie geven bovendien zelf aan dat ze geen zicht hebben op de werkelijke compliance met de checklist: “p.1035: *checklists are not always applied in a uniform manner. The absence of an effect of checklist implementation in our study may therefore reflect inadequate adherence to the checklist in Ontario*”. Ze gaan voort op de door de ziekenhuizen gerapporteerde cijfers die weergeven of de items werden afgevinkt. De literatuur (en praktijk) toont dat de *link tussen afvinken enerzijds en correct toepassen anderzijds niet rechtlijnig* is. Ook al lijkt de achterliggende idee eenvoudig, het gebruik van de SSC in de praktijk is dit geenszins. Ziekenhuizen worstelen met het sluitend implementeren van de checklist. Een gebrek aan middelen, tijd, expertise in veranderingsmanagement, dataverzameling, nauwgezette opvolging, coaching, het aansturen van teams, etc. liggen onder meer mee aan de oorzaak. Zoals we eerder aangaven, vergt het doorvoeren van kwaliteitsverbeterende interventies tijd, veel tijd. Verwachten dat reeds drie maanden na het introduceren van de SSC een effect objectief aantoonbaar zou zijn, is dan ook voorbarig. Zo ook werkt de SSC slechts

wanneer deze in zijn *totaliteit*, en niet enkel bepaalde onderdelen ervan, gebruikt wordt. Tot slot, wanneer we de (negatieve) resultaten van de 'Ontario studie' samenvoegen met de resultaten van eerdere studies die het effect van de SSC bestudeerden (Bergs et al., 2014), vinden we nog steeds een daling van het aantal postoperatieve complicaties in het voordeel van de SSC die niet aan het toeval kan worden toegeschreven.

Samengevat, de Ontario studie is een dankbaar voorbeeld dat toont dat er nog een hele weg is af te leggen. Dit is ook de reden waarom de onderzoeksgroep Patiëntveiligheid & Gezondheidseconomie van de UHasselt (ondersteund door het Flemish Safe Surgery Consortium, VIP² en ICURO) opteert om niet op grote schaal uitkomsten te meten, maar wel om in hoofdzaak te focussen op het implementatievraagstuk. De **SSC** staat met het verschijnen van de Ontario studie dan ook **niet ter discussie**. Integendeel, het benadrukt des te meer dat we **stap voor stap het implementatievraagstuk verder moeten ontrafelen**, in goede afstemming met alle betrokken actoren.

Jochen Bergs, Donald Claeys, Irina Cleemput, Jean-Luc Demeere, Vera De Troyer, Johan Hellings, Dirk Ramaekers, Marc Somville, Monique Van Hiel, Dominique Vandijck namens het Flemish Safe Surgery Consortium (UHasselt, ICURO, Collegicum Chirurgicum Belgicum, Belgische Vereniging voor Anesthesie, Verbond der Belgische Specialisten, Vlaamse Vereniging voor Operatieverpleegkundigen, Vlaams Indicatoren Project voor Professionals en Patiënten)

SCHORSING VAN HET VISUM BIJ ERNSTIGE AANWIJZINGEN VAN GEVAAR VOOR PATIENTEN OF DE VOLKSGEZONDHEID ⁶

Wijziging van art. 37 van het KB van 10.11.1967

.. /

"i) voor de in dit besluit bedoelde gezondheidszorgbeoefenaar of een veearts, het visum te schorsen of het behoud ervan afhankelijk te maken van de beperkingen die zij hem oplegt wanneer uit ernstige en eensluidende aanwijzingen blijkt dat de verdere beroepsuitoefening door de betrokkene voor zware gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid doet vrezen.

De geneeskundige commissie spreekt de schorsing van het visum of het behoud ervan binnen de perken die zij oplegt uit bij eenparige beslissing van de aanwezige leden. Deze maatregel blijft geldig zolang de redenen die hem hebben verantwoord voortduren.

De geneeskundige commissie maakt een einde aan de maatregel wanneer zij vaststelt dat de redenen die hem hebben verantwoord verdwenen zijn, hetzij ambtshalve hetzij op verzoek van de zorgverstrekker.

De zorgverstrekker kan daartoe elke maand vanaf de uitspraak van de maatregel een verzoek indienen.

De beslissing om de schorsing of de beperking van het visum in te trekken wordt genomen bij gewone meerderheid van de stemmen van de aanwezige leden.

Voorafgaand aan elke beslissing inzake schorsing of beperking van het visum of inzake het behoud of de intrekking van de schorsingsmaatregel krijgt de betrokkene de mogelijkheid om door de geneeskundige commissie te worden gehoord.

Indien er zware en imminente gevolgen voor de patiënten of de volksgezondheid te vrezen vallen, kan de geneeskundige commissie elke beslissing nemen tot schorsing of beperking van het visum zonder de betrokkene voorafgaand te hebben gehoord. In dat geval wordt de schorsing van het visum of het onderwerpen ervan aan de beperkingen die zij de betrokkene oplegt uitgesproken voor een duur van ten hoogste acht dagen en kan ze niet worden verlengd vooraleer de betrokkene de mogelijkheid heeft gekregen om door de geneeskundige commissie te worden gehoord met betrekking tot de motieven die dergelijke maatregelen verantwoorden"

.. / ...

⁶ Wet van 10 april 2014 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (B.S.20.05.2014°)

SAMENSTELLING VAN EEN KENNISDATABANK IN DE RADIOLOGIE

De Belgische Vereniging voor Radiologie (BVR) heeft naar al haar leden een online-vragenlijst gestuurd met de bedoeling een groep van deskundigen samen te stellen om de onderhandelingen bij het RIZIV voor te bereiden.

Diegenen die deze vragenlijst nog niet ingevuld hebben, vinden hieronder de link naar de vragenlijst en de begeleidende mededeling van de voorzitter van de BVR, Prof. Geert Villeirs:

Beste collega's,

Om de radiologie optimaal te kunnen verdedigen is een ruime expertise vereist in alle deeldomeinen van ons beroep. Daarom doet de BVR een beroep op al haar leden.

Hieronder vindt u een formulier waarin u kan aanduiden voor welke onderwerpen (deelgebieden, technieken en/of ziektebeelden) de BVR desgevallend een beroep zou kunnen doen op uw expertise. Dit is van groot belang bij het voorbereiden van dossiers als basis van onderhandelingen met de overheid, het RIZIV, de mutualiteiten, enzovoort. Het succes van dergelijke onderhandelingen hangt immers in grote mate af van de kwaliteit van het voorafgaande voorbereidende werk waarin zowel wetenschappelijke als professionele argumenten onontbeerlijk zijn. Om dit te kunnen garanderen is de hulp en kennis van een zo breed mogelijke groep collega's noodzakelijk.

Uw inbreng voor alle onderwerpen die u hieronder aanduidt is dan ook meer dan welkom.

<https://www.surveymonkey.com/s/BVR-SBR-Kennisdatabank-Expertise>

Met dank bij voorbaat en vriendelijke groet, mede in naam van de Raad van Bestuur,

*Geert Villeirs,
Voorzitter*

DIVERSE NOMENCLATUURWIJZIGINGEN

Koninklijk besluit van 19.03 2014: wijziging van art. 5 en 6 – tandverzorging (BS 10.04.2014; p. 30716).

Koninklijk besluit van 28.03 2014: wijziging van art. 9, a) – verlossingen (BS 14.04.2014; p. 32131).

Koninklijk besluit van 28.03 2014: wijziging van art. 35 – implantaten (BS 29.04.2014; p. 35228).

Koninklijk besluit van 19.04.2014: wijziging van art. 8 – verpleegkundige handelingen (BS 19.05.2014; p. 39881).

De volledige teksten kunnen op eenvoudige vraag bekomen worden op het secretariaat 02/649.21.47, per fax 02/649.26.90 of per e-mail info@vbs-gbs.org.

NIEUWE INTERPRETATIEREGELS

ARTIKEL 11 (ALGEMENE SPECIALE VERSTREKKINGEN)

INTERPRETATIEREGEL 29 (in voege 22.04.2014) (BS 22.04.2014 – p. 34454)

VRAAG: Worden de verstrekkingen 353194-353205 °* Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsels, per zitting K5 en 353216-353220 °* Cryotherapie wegens huid- of slijmvliesletsels, volledige behandeling van acht en meer zittingen K40 beschouwd als

heelkundige verstrekkingen waarbij de regel van de opereerstreek van artikel 15, §§ 3 en 4 wordt toegepast?

ANTWOORD: Nee, de verstrekkingen 353194-353205 en 353216-353220 worden niet als heelkundige verstrekkingen beschouwd. De regel van de opereerstreek van artikel 15, §§ 3 en 4 is hierop niet van toepassing.

ARTIKEL 20, §1, A) (INWENDIGE GENEESKUNDE)

INTERPRETATIEREGEL 03 (in voege 01.12.2012) (BS 22.04.2014 – p. 34455) wordt opgeheven.

AANKONDIGINGEN

- 14061 **GENT:** AZ Maria Middelaes zoekt een Anesthesist (voltijds). Bijkomende inlichtingen : dr. H. Vanoverschelde, diensthoofd anesthesie, tel. 09 260 69 00 en bij dr. D. Claeys, medisch directeur, tel. 09 260 71 81. Kandidatuur met CV voor 20 juni 2014 overmaken aan dhr. B. Simoens, Voorzitter Raad van Bestuur en aan dr. F. Ameye, Voorzitter Medische Raad, AZ Maria Middelaes, Kortrijksesteenweg 1026, 9000 Gent.
- 14059 **BRUSSEL:** Het U.V.C. Brugmann zoekt (interne/externe vacature): een geneesheer kliniekhoofd bij de dienst gynaecologie-verloskunde (M/V) – 11/11, een geneesheer diensthoofd in plastische, reconstructieve en esthetische chirurgie (M/V) – 11/11, een geneesheer diensthoofd bij de dienst medische beeldvorming (M/V) – 11/11. Kandidaturen (motivatiebrief en cv) te richten naar het volgend adres: gestionmedecins@chu-brugmann.be t. att. van Dr Daniel Désir, Algemeen Medisch Directeur (UVC Brugmann, 4 A. Van Gehuchtenplein te 1020 Brussel). Termijn : 15/06/2014. Bijkomende inlichtingen : internet site : <http://www.chu-brugmann.be>.
- 14057 **BRUSSEL:** Het U.V.C. Brugmann zoekt een Algemeen Medisch Directeur (M/V) – 11/11den – Tweetalig - Intern/externe vacature. Houder van een diploma van Dokter in de Geneeskunde met een titel van geneesheer-specialist. Ervaring : minstens 5 jaar zowel als arts als in het beheer van een ziekenhuisstructuur. Inlichtingen en contact: Dirk Thielens – Algemeen Directeur a.i. c/o UVC Brugmann - A. Van Gehuchtenplein, 4 - 1020 Brussel - Tel. 02/4773909. De kandidaturen (met gedetailleerd CV en motivatiebrief) dienen ten laatste op 31 mei 2014 te worden ingediend.
- 14050 **OVERPELT:** Het Mariaziekenhuis vzw heeft een vacature voor een: voltijds KINDERPSYCHIATER en een voltijds URGENTIST / DIENSTHOOFD SPOEDGEVALLEN. Meer informatie over de functies vindt u op www.mariaziekenhuis.be/vacatures. Uw schriftelijke kandidatuur, samen met een uitgebreid cv, dienen gericht te worden aan : de heer R. Luyten, algemeen directeur; Dr. M. Goethals, medisch directeur - Mariaziekenhuis vzw - Maesensveld 1 - 3900 OVERPELT
- 14046 **DEINZE:** Sint-Vincentiusziekenhuis zoekt NKO-arts voor vervanging tijdens zwangerschapsverlof. Periode: eind augustus 2014 tot eind november 2014. Voltijds of deeltijds. Eventueel ook deeltijds in juli en augustus 2014. Email: vervanging.nko.deinze@gmail.com
- 14053 **BRUSSEL** - Het U.V.C. Brugmann zoekt een adjunct kliniekhoofd bij de dienst Radiologie (M/V) - 11/11 - Interne/externe vacature. Kandidaturen : afsluiting : 31/05/2014. Bijkomende inlichtingen : internet site : <http://www.uvc-brugmann.be>. Uw kandidatuur (motivatiebrief en CV) opsturen naar het e-mailadres gestionmedecins@chu-brugmann.be ter att. van Dr Daniel Désir, Algemeen medisch Directeur (of UVC-Brugmann, A. Van Gehuchtenplein, 4 te 1020 Brussel).
- 14027 **BRUSSEL:** Polikliniek Verhaegen, 1060 Brussel (Sint-Gillis) zoekt diverse specialisten:
1) **PEDIATER:** geen wachtdiensten, noch huisbezoeken, 2 tot 3/11^{de}
2) **RADIOLOOG:** praktijk uitgerust met radiografie, echografie (doppler) en mammografie. 1 of 2 halve dag(en)/week.
3) **ORTHOPEDISCH CHIRURG:** 1 of 2 halve dag(en)/week
4) **GASTRO-ENTEROLOOG (+ endoscopieën):** 1 halve dag/week
5) **DERMATOLOOG:** 1 of 2 halve dagen/week
met het oog op de ontplooiing van nieuwe activiteiten:
1) **OFTALMOLOOG:** uitgeruste praktijk. 1 of 2 halve dag(en)/week
2) **REUMATOLOOG (EMG)** – 1 of 2 halve dag(en)/week
3) **NEUROLOOG (EEG/EP)**
4) **PNEUMOLOOG** – ervaring in slaapstoornissen – de praktijk zal worden uitgerust voor longfunctietests + ergospirometrie. Minimum 2/11^{de}. Contact: 0495/51.18.17.
- 14026 **SINT-TRUIDEN:** Het Sint-Trudo ziekenhuis heeft een vacature voor een **GENEESHEER-SPECIALIST IN DE RADIOLOGIE**. Meer info bij dr. Stefaan Verhamme, diensthoofd radiologie (011/69.92.75 – stefaan.verhamme@stzh.be) . Kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid

- c.v., te worden gericht aan dr. S. Verhamme (stefaan.verhamme@stzh.be); dr. E. Mulleners, voorzitter van de medische raad (eddy.mulleners@stzh.be); dr. R. Lippens, algemeen directeur Sint-Trudoziekenhuis (directiesecretariaat@stzh.be)
- 14018 **BRUGGE** : het A.Z. Sint-Lucas, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge zoekt een voltijds **ORTHOPEDISCH CHIRURG** (m/v) met een bijzondere bekwaamheid in de heupchirurgie, heuppathologie en heuparthroscopie. Verdere inlichtingen: Dr L. Vanden Berghe, diensthoofd orthopedie, tel. 050 36 53 19. Schriftelijke kandidatuurstellingen met C.V. dienen te worden gericht aan de heer F. Lippens, voorzitter van de Raad van Bestuur, dr. S. De Moor, voorzitter van de Medische Raad en aan dr. L. Vanden Berghe, diensthoofd orthopedie, met kopie aan dr. D. Bernard, medisch directeur.
- 14016 **BRUGGE**: het A.Z. Sint-Lucas Brugge, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge, zoekt een voltijdse arts-specialist (m/v) in de **NEUROCHIRURGIE**. Verdere inlichtingen kunnen bekomen worden bij dr. Dirk Bernard, medisch directeur (e-mail: dirk.bernard@stlucas.be – tel.: 050 36 57 02). Schriftelijke kandidatuurstellingen met CV aan: de heer Frank Lippens, voorzitter van de Raad van Bestuur, dr. S. De Moor, voorzitter Medische Raad en dr. Nikolaas Vantomme, medisch diensthoofd neurochirurgie, met kopie aan dr. Dirk Bernard, medisch directeur.
- 14008 **TURNHOUT**: AZ Turnhout vzw is op zoek naar **2 FULLTIME RADIOLOGEN** (m/v). Bekwaamheden: Conventionele radiologie, echografie, mammografie, CT-scan en magnetische resonantie Een subspecialisatie en/of bredere interesse in hetzij orthopedische, thoracale of pediatrie beeldvorming is een vereiste Een bijkomende subspecialisatie in interventionele technieken vormt een meerwaarde. Kandidaturen met cv richten : Dr. Hans Cuykx, Diensthoofd medische beeldvorming AZ Turnhout, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout, tel. 0474/86.93.74 of 014/44.40.73, hans.cuykx@azturnhout.be Dr. Filip Van Grimberge, Adjunct-diensthoofd medische beeldvorming AZ Turnhout, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout, filip.vangrimberge@azturnhout.be Dr. Jo Leysen, Algemeen directeur AZ Turnhout, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout, jo.leysen@azturnhout.be Mevr. Ann Cynsmans, Secretariaat directie HR, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout, vacature@azturnhout.be
- 14005 **BRUGGE**: In het Algemeen Ziekenhuis Sint-Lucas Brugge, Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge, is er een voltijdse vacature voor een: arts-specialist (m/v) in de **OOGZIEKTEN MET BIJZONDERE BEKWAAMHEID IN DE MEDISCHE RETINA**. De kandidaat (m/v) zal vanaf 1 september 2014 samenwerken met de reeds aanwezige oogartsen. Verdere inlichtingen bij dr. M. Huygens, diensthoofd oogziekten. (e-mail: marc.huygens@stlucas.be) Schriftelijke kandidatuurstellingen met curriculum vitae dienen gericht te worden aan de heer Frank Lippens, voorzitter van de Raad van Bestuur en aan dr. Stefan De Moor, voorzitter van de Medische Raad, met kopie aan dhr. Niko Dierickx, algemeen directeur, dokter D. Bernard, medisch directeur en aan Dr. M. Huygens, medisch diensthoofd oogziekten.
- 14001 **HEUSDEN-ZOLDER**: Het Sint-Franciskusziekenhuis Heusden-Zolder heeft een vacature voor een **VOLTIJDS GENEESHEER-SPECIALIST IN DE NEUROLOGIE**. Meer info via www.sfz.be, bij dr. Marika Doberenz, diensthoofd neurologie (011/71.58.52 – marika.doberenz@sfz.be) of dr. Luc Geutjens, medisch directeur (011/71.54.07 – luc.geutjens@sfz.be). Schriftelijke kandidaturen dienen, samen met een uitgebreid c.v., te worden gericht aan dr. Marc Geboers, algemeen directeur Sint-Franciskusziekenhuis, Pastoor Paquaylaan 129 – 3550 Heusden-Zolder – marc.geboers@sfz.be.

Inhoudstafel

• Open brief aan de politieke partijen en aan de toekomstige (in)formateur(s)	1
• Neem deel aan de enquête over de vernieuwde website	5
• Uittreksels uit de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid 6	6
• Staat de Surgical Safety Checklist ter discussie?.....	8
• Schorsing van het visum bij ernstige aanwijzingen van gevaar voor patiënten of de volksgezondheid	9
• Samenstelling van een kennisdatabank in de radiologie	9
• Diverse nomenclatuurwijzigingen en nieuwe interpretatieregels.....	11
• Aankondigingen	11