

Health Forum

September 2012 · Nr. 11

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Feminisering: welke *impact* op de gezondheidszorg?

Dossier

Health Technology Assessment

Een kostbaar hulpmiddel voor ons gezondheidsbeleid?

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn, met meer dan 2.000.000 leden, de op 2 na grootste verzekeringsinstelling van het land.

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

Louis Mettwielaan 74-76
1080 Brussel
www.euromut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43 | Verenigde-Natieslaan 1
1040 Brussel | 9000 Gent
www.securex-ziekenfonds.be



Partena Ziekenfonds

Coupure Links 103
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



HTA: een echte toegevoegde waarde voor ons gezondheidssysteem

Een van de belangrijkste doelstellingen van ons gezondheidszorgsysteem is het garanderen van een eerlijke toegang tot nieuwe medische technologieën en ervoor zorgen dat er zoveel mogelijk mensen de vruchten van kunnen plukken. Hoewel iedereen het eens is over deze universele doelstelling, blijkt het in de praktijk brengen ervan een ander paar mouwen. Om met beperkte middelen toch zo goed mogelijk aan de gezondheidsnoden te kunnen beantwoorden, moeten er daarom een heleboel beslissingen genomen worden. Een terechte vraag is dan ook op basis van welke waarden en criteria deze keuzes gemaakt moeten worden.

Sinds enkele jaren investeren heel wat Europese landen in 'Health Technology Assessment' (HTA) om hun keuzes qua prijs en terugbetaling toe te lichten. Ze baseren zich daarbij op objectieve en wetenschappelijke analyses die de economische, medische, sociale en ethische gevolgen van de invoering of het gebruik van een medische technologie onderzoeken. HTA is een domein dat constant in beweging is en uitgegroeid is tot een van de 'hot topics' van het moment.

Zoals bij elke nieuwe discipline heeft HTA zowel voor- als tegenstanders. De voorstanders zijn vooral enthousiast dat er op basis van de HTA-methode onbevooroordeelde keuzes gemaakt kunnen worden en ze de beslissingen tot terugbetaling niet moeten laten afhangen van intuïtie (in het beste geval) en drukkingsgroepen (in het slechtste geval). De tegen-

standers hebben dan weer geen vertrouwen in een technocratische benadering die losgekoppeld is van de praktische realiteit en de politieke agenda. Maar tegenover deze minderheid van voor- en tegenstanders, staat nog een grotere groep: degenen die nog nooit gehoord hebben van HTA. Geen toeval dus dat heel wat HTA-aanbevelingen vandaag de dag binnen de

meeste gezondheidszorgsystemen dode letter blijven.

Door een volledig dossier aan dit onderwerp te wijden wil Health Forum de belangrijkste principes en waarden van HTA onder de aandacht brengen en de discussie aanzwengelen over de rol die deze werkmethode zou moeten spelen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen roepen eveneens op tot een betere coördinatie van de HTA-initiatieven. Zo kunnen we vermijden dat meerdere instellingen

aan gelijkaardig onderzoek doen. Daarnaast zou er bij de bepaling van de onderzoeksonderwerpen veel meer rekening gehouden moeten worden met de prioriteiten van de volksgezondheid, zodat de aanbevelingen een maximale impact kunnen hebben.

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



“Heel wat HTA-aanbevelingen blijven vandaag de dag binnen de meeste gezondheidssystemen dode letter”

Hoofdreductrice

Karima Amrous · karima.amrous@mloz.be · T 02 778 94 33

Eindredacteur

Steven Vervaeke · steven.vervaeke@mloz.be · T 02 778 94 38

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paep
Christian Horemans · Pascale Janssens · Chantal Neiryck · Nathalie Renna · Hellen Smeets
Ingrid Umbach · Piet Van Eenoooghe · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul
Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tielen · Valérie Vander Veken · Steven Vervaeke · Anne Viroux

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen of uw collega's te abonneren?

Contacteer ons!
Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Health Forum
Sint-Huibrechtsstraat 19
1150 Brussel · T 02 778 92 11
Of stuur een e-mail naar health-forum@mloz.be

Inhoud

Nr. 11 September 2012

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Health Technology Assessment

Een kostbaar hulpmiddel voor ons gezondheidsbeleid?

16 Forum Zorgverstrekkers

Het debat

Geneeskunde en gezondheids-economie: een slecht huwelijk?

Een stabiele structuur voor chronische pijn

22 Studie

Kostprijs van tandzorg: variabele tarieven

25 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

26 Event

Feminisering van de geneeskunde: een uitdaging voor de gezondheidszorg

Gesprek met Dr. Anne Gillet-Verhaegen - "Meer vrouwen in de vakbonden"

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier Health Technology Assessment

Een kostbaar hulpmiddel voor ons gezondheidsbeleid?

Uit studies blijkt dat 50 à 70% van de stijging van de budgetten te wijten is aan nieuwe gezondheidstechnologieën. Opdat alle burgers toegang zouden krijgen tot die technologische middelen zonder de limieten van een te krappe begroting te overschrijden, nemen regeringen hun toevlucht tot studies die de gezondheidstechnologie moeten evalueren (Health Technology Assessment of HTA). Hoe werkt een HTA? Wie doet aan HTA? Is België een voorloper of hinken wij achterop?



6

Studie

Kostprijs van tandzorg: variabele tarieven

Angst, tijdsgebrek en het ontbreken van symptomen zijn de voornaamste redenen waarom Belgen niet naar de tandarts gaan. Dat blijkt uit een enquête van het RIZIV bij 1.330 gezinnen. Meer dan 11% van de ondervraagden haalde echter ook financiële redenen aan.



22

Event

Feminisering van de geneeskunde: een uitdaging voor de gezondheidszorg

Maar liefst 7 op de 10 studenten huisartsgeneeskunde zijn vrouwen. Net als in de rest van de wereld zijn vrouwelijke artsen in België sinds een tiental jaar aan een opmars bezig. Wat betekent deze feminisering van de geneeskunde? En met welke veranderingen in de gezondheidszorg moeten we rekening houden?



26

Hervorming geestelijke gezondheidszorg

Er is een doorbraak in de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg. De federale overheid maakt vanaf 2013 6,5 miljoen euro vrij voor 9 nieuwe projecten die de overgang maken naar transmurale zorg. De hervorming zorgt ervoor dat ambulante werkende centra en residentiële instellingen in de geestelijke gezondheidszorg kunnen samenwerken met aanleunende welzijnssectoren. Ook zouden mensen met psychische problemen door de hervorming sneller en op de juiste manier opgevangen kunnen worden. De psychiatrische bedden, waar nog steeds een overaanbod aan is, worden vervangen door hulp aan huis en samenwerking met de eerstelijnszorg.

5.747

telefoontjes en e-mails werden vorig jaar beantwoord door De Druglijn.

Nieuwe behandeling tegen oorsuizen



Onderzoekers hebben de effectiviteit van een nieuwe behandeling tegen tinnitus aangetoond. Tinnitus, beter bekend als oorsuizen, is de continue waarneming van een geluid zonder dat er een bron

in de buurt aanwezig is. Ongeveer 1 op de 7 personen heeft er last van en ondervindt er concentratie- en slaapstoornissen door. De nieuwe behandeling bestaat uit cognitieve gedragstherapie, die psychologische en audiologische elementen combineert. Hoewel de therapie het tinnitusgeluid niet wegneemt, blijkt de ernst van de klachten er wel door te minderen. Ook de klachten in het dagelijkse leven van tinnituspatiënten zouden er sterk door afnemen, net als hun negatieve gemoedstoestand.

www.thelancet.be

643

kinderen jonger dan 6 jaar nemen antipsychotica (RIZIV).

Helpt van alle chemokuren op basis van taxussnoeisel

Naar schatting 50% van alle chemokuren wereldwijd gebeurt op basis van baccatine, een stof die in jonge twijgjes en naalden van taxushagen zit. Aanvankelijk werd chemotherapie op basis van taxus vooral gebruikt voor de bestrijding van eierstokkanker, maar tegenwoordig worden ook borstkanker, prostaatkanker, maagkanker en longkanker ermee behandeld. Voor 1 kilo baccatine is maar liefst 12 ton snoeisel nodig. Daarom roepen verschillende gemeentes hun inwoners op om hun taxussnoeisel naar het containerpark te brengen. Belangrijk is wel dat het om dunne, eenjarige takjes gaat. Dus alleen wanneer u de haag jaarlijks snoeit, is het groen bruikbaar. Taxussnoeisel vermengd met aarde, gras of ander groen is niet meer bruikbaar voor chemotherapie. Breng dus uw taxussnoeisel naar het containerpark en redt mensenlevens!

www.vergrootdehoop.be





Dossier

Health Technology Assessment

Een kostbaar hulpmiddel voor ons gezondheidsbeleid?

Werk aan de winkel voor België

p. 7

Europa steunt de evaluatie van gezondheidstechnologieën

p. 12

Raf Mertens: "Over wetenschappelijke vaststellingen doen
we geen uitspraak."

p. 14

Evaluatie van gezondheidstechnologieën Werk aan de winkel voor België

Uit studies blijkt dat 50 à 70% van de stijging van de budgetten te wijten is aan nieuwe gezondheidstechnologieën. Opdat alle burgers toegang zouden krijgen tot die technologische middelen zonder de limieten van een te krappe begroting te overschrijden, nemen regeringen hun toevlucht tot studies die de gezondheidstechnologie moeten evalueren (Health Technology Assessment of HTA). Het doel: realistische en duurzame beleidslijnen uitstippelen. Hoe werkt een HTA? Wie doet aan HTA? Is België een voorloper of hinken wij achterop?

Health Technology Assessment' (HTA) of de evaluatie van gezondheidstechnologieën is een vrij recent begrip, bedacht ter ondersteuning van het politieke beslissingsproces op gezondheidsgebied. Het is een multidisciplinaire benadering die rekening wil houden met alle aspecten van de gezondheidstechnologie (doeltreffendheid, kosten, sociale gevolgen ...). Het doel is om aan overheden de kans te geven om met kennis van zaken realistische beslissingen te nemen.

De geschatte waarde

Meer en meer regeringen zien zich genoodzaakt om een beroep te doen op HTA, gezien de alsmaar grotere hap die de gezondheidszorg uit de nationale budgetten neemt. De medische vooruitgang is weliswaar bevorderlijk voor de gezondheid van de bevolking, maar heeft als schaduwzijde dat ze de kosten de hoogte injaagt. De overheden gingen daarom op zoek naar degelijke evaluatiemiddelen. Het is namelijk de bedoeling om de beschikbare middelen te besteden aan innovaties en gezondheidstechnologieën die echt bevorderlijk zijn voor de burgers. "Het principe van HTA beantwoordt perfect aan het doel van de gezondheidszorg, namelijk de gezondheid van de bevolking verbeteren binnen de limieten van het systeem", zo vat Lieven Annemans, professor aan de universiteit van Gent en de VUB, het samen. "Dankzij HTA kunnen we de technologische middelen kiezen met een goede kosten-batenverhouding op gezondheidsgebied."

Maar hoe werkt HTA nu eigenlijk? We nemen het voorbeeld van de terugbetaling van zuurstoftherapie. In 2011 heeft het KCE een HTA-studie gemaakt over zuurstoftherapie thuis. De onderzoekers bestudeerden de klinische voordelen van zuurstoftherapie op lange termijn voor de patiënten. Ze stelden ook een stijging van de uitgaven vast, evenals een versnippering van de bevoegdheden binnen het RIZIV en het ontbreken van een transversale visie. De aanbevelingen van het KCE hebben in juli 2012 geleid tot een wijziging van de terugbetalingsregels voor zuurstoftherapie. Het resultaat is een beter gebruik van de middelen en een degelijke naadloze zorg bij die patiënten, waarvoor de behandeling het best geschikt is.

Een HTA evalueert steeds 4 punten: de klinische doeltreffendheid, de kosten-effectiviteit, de sociale en organisatorische aspecten.

En in België?

"Bij ons werd al vroeg werk gemaakt van de evaluatie van de technologische middelen", verklaart Lieven Annemans. "In 2001 werd de Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen opgericht.

Die onderzoekt alle nieuwe terugbetalingsaanvragen. In het KB lezen we dat men rekening moet houden met de therapeutische meerwaarde van een nieuw geneesmiddel, met de sociale en therapeutische noden, met de kosteneffectiviteit en met de impact op de begroting. Die 4 criteria staan in de wet en stemmen overeen met het principe van HTA. Helaas primeert de budgettaire impact al te vaak in België."

In 2003 werd het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) opgericht. "Het KCE kreeg als opdracht om gefundeerde adviezen en aanbevelingen

te formuleren die van belang zijn voor de beslissers in de wereld van de gezondheidszorg”, verklaart Raf Mertens, directeur-generaal van het KCE. “Het is ook de bedoeling om aanbevelingen te formuleren in het kader van een goede praktijkvoering door de zorgverleners.” Het KCE maakt HTA-studies op vraag van de minister, het RIZIV, of op basis van voorstellen van andere actoren uit de gezondheidszorg. “Het centrum maakt niet alleen tal van analyses, maar denkt ook na over de gebruikte evaluatiemethodes en vooral over de drempels in termen van kostprijs en kostenefficiëntie”, vult Raf Mertens aan.

De Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen en het KCE zijn actief op federaal vlak, maar er bestaat ook een HTA-dynamiek op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap. “Jo Vandeuren, de Vlaamse minister van Volksgezondheid, vraagt vaak HTA-studies aan voor de preventieprogramma’s die hij wil opstarten”, legt Lieven Annemans uit. “Het is belangrijk om ook de kosten-batenverhouding van preventieve acties te kennen, zodat men voorrang kan geven aan efficiënte acties. Ook dat is een belangrijke toepassing van HTA.” Bij de Franstaligen is het gebruik van HTA minder goed ingeburgerd. De kosten-batenverhouding wordt er vooral gebruikt in het kader van opsporing en vaccinatie.

Daarnaast zijn er nog andere instellingen buiten de openbare sector die aan HTA doen: universiteiten of particuliere studiebureaus. Die werken op aanvraag van het KCE of een farmaceutische firma.

Kakofonie?

In ons land doen meerdere instellingen aan medisch onderzoek of ‘Health Systems Research’ (HSR). Ook zij doen aan HTA. “Het is niet altijd eenvoudig om te weten wie wat doet in België”, dixit Lieven Annemans. Tijdens een recente audit van het Rekenhof werd trouwens de vinger gelegd op het probleem van de coördinatie tussen die instellingen. “Het is inderdaad

al gebeurd dat wij werkten aan een studie, waarvan de thematiek tegelijkertijd ook geanalyseerd werd door een andere organisatie, zonder dat we dat van elkaar wisten”, geeft Raf Mertens toe. “We hebben wel initiatieven genomen om de coherentie van die onderzoekssystemen te verhogen.” Het KCE werkt namelijk samen met het Instituut voor Volksgezondheid (IVG) en de FOD Volksgezondheid aan de op-

maak van een permanente inventaris van de geplande en lopende studies. “We willen ook werk maken van een reflectie over de opdrachten van elkeen en de gemeenschappelijke prioriteiten”, voegt Raf Mertens daar nog aan toe.

Een internationale methodologie

Er is nog ruimte voor verbetering op het vlak van HTA in België, maar voor een klein landje doen we het niet slecht. België werkt namelijk actief mee aan het internationale netwerk dat opgericht werd rond HTA. Alle HTA-agentschappen passen namelijk vergelijk-

De behandelende onderwerpen zijn zeer uiteenlopend: geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, procedures en systemen voor het beheer van de gezondheidszorg of preventiemiddelen.

Analyse van de kosteneffectiviteit: de kwestie van de drempel

Evaluaties van gezondheidstechnologie omvatten allemaal een analyse van de kosteneffectiviteit, aangezien het de bedoeling is om de beslissers te informeren over de rentabiliteit van een technologie. Een van de stadia van een dergelijke analyse is de berekening van de differentieel van de kosten-batenverhouding (ICER): het verschil in kostprijs, versus het verschil qua doeltreffendheid tussen een nieuwe technologie en de al gebruikte technologie. Het uitgangspunt is gewoonlijk het volgende: hoe kleiner de ratio, hoe beter de innovatie geëvalueerd kan worden. We hebben dan wel een referentiewaarde nodig, waarmee het resultaat van de berekening vergeleken kan worden. Dit is wat

men de ‘drempelwaarde’ noemt. In het Verenigd Koninkrijk werd een drempel van 20.000€ bepaald als maximale waarde van een levensjaar in goede gezondheid. Boven dat bedrag wordt de technologie als onbetaalbaar beschouwd. In België bestaat er geen officiële drempelwaarde. In een rapport over dit onderwerp behandelt het KCE de limieten van het gebruik van ICER en wijst het Centrum op het belang om te werken met een niet-statische drempel, die kan schommelen op basis van andere indicatoren.



Voor meer informatie over dit onderwerp, zie het rapport 100 van het KCE.

bare methodes toe voor hun evaluaties. Die methodes werden o.a. uitgewerkt door het International Network of Agencies HTA (INAHTA). Deze internationale organisatie groepeerde de HTA-agentschappen en heeft als opdracht om een forum te zijn voor de identificatie en de opvolging van hun gemeenschappelijke belangen. Hoe? Door de uitwisseling en de samenwerking tussen agentschappen te bespoedigen, door het delen van informatie en vergelijking te promoten (de vermenigvuldiging van al te identieke activiteiten is uit den boze). Op Europees vlak ontmoeten de agentschappen elkaar in het EUnetHTA (zie het artikel op pagina 12).

De behandelde onderwerpen zijn zeer uiteenlopend. De 'gezondheidstechnologie' wordt namelijk geïnterpreteerd in de ruime zin van het woord: 'elke interventie die gebruikt wordt om de gezondheid te bevorderen, een ziekte te voorkomen of te behandelen, een diagnose te stellen of te revalideren op lange termijn' (definitie INAHTA): geneesmiddelen, medische hulpmiddelen, procedures en systemen voor het beheer van de gezondheidszorg of preventiemiddelen.

Kosteneffectiviteit

Een volledige HTA beoordeelt idealiter altijd minstens 4 punten: de klinische doeltreffendheid, de kosteneffectiviteit, de sociale en organisatorische aspecten. De klinische doeltreffendheid beoogt de risico's en



Een recente HTA handelde over zuurstoftherapie.

3

heikele punten van het Belgische systeem, volgens Lieven Annemans professor aan de Universiteit van Gent en de VUB

De beslissers moeten beter opgeleid worden over HTA.

"Volgens mij zijn de leden van de Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen niet genoeg opgeleid om goed te begrijpen wat HTA eigenlijk inhoudt. Het ziet er op papier allemaal mooi uit, maar in de praktijk zijn de beslissers niet genoeg op de hoogte van de principes, methodes en pijnpunten van een HTA."

De beslissingen worden niet uitvoerig toegelicht.

"In een ideaal systeem zou een beslissing omstandig moeten worden toegelicht. Dat is nu juist een van de sleutelgegevens van een HTA: de analyse van meerdere criteria en proberen om op die basis een globaal overzicht te geven van alle elementen van een technologie. Deze evenwichtsoefening tussen de criteria zou zo transparant mogelijk moeten verlopen. Momenteel gebeurt dat niet genoeg."

De integratie van de patiënt/burger in het systeem verloopt niet dynamisch genoeg.

"Een van de belangrijke principes van HTA is dat alle actoren betrokken moeten worden bij de studie. Welnu, de patiënten zijn natuurlijk de hoofdrolspelers. In België wordt nochtans zelden of nooit naar hen geluisterd. Men zou inspiratie moeten zoeken bij het Engelse systeem (NICE). Dat systeem omvat namelijk een formele fase waarin de burger geraadpleegd wordt via de publicatie van een voorlopig document op een website, met daarin de voorgestelde aanbevelingen. De patiënten en burgers worden vervolgens uitgenodigd om hun mening te geven. Deze etappe bestaat nog niet in België."



Lieven Annemans

de voordelen van de technologie voor de gezondheid van de patiënten. De kosteneffectiviteit vormt de kern van de HTA: een analyse die de kosteneffectiviteit van de nieuwe technologie vergelijkt met die van andere technieken. De ethische en sociale aspecten worden bekeken vanuit de invalshoek van de patiënt, rekening houdend met zijn noden en voorkeuren, de informatie, de compliance, de hinderpalen of de heikele punten die gepaard gaan met de technologie. Volgende zaken worden bestudeerd vanuit organisatorisch oogpunt: de budgettaire impact van de technologie, de beste manier om deze te implementeren in het zorgsysteem, de verspreiding, de professionele eisen, de kwaliteitscontrole en de wettelijke aspecten.

Een HTA-beoordeling bestaat uit meerdere fases. Eerst wordt het kader van het onderwerp geschetst: de keuze van de aspecten die beoordeeld zullen worden, alsook de thema's die onderzocht zullen worden. Vervolgens verzamelen en analyseren de onderzoekers alle mogelijke literatuur volgens de regels van de 'evidence-based medicine' en vragen ze de mening van experts. Dan volgt de eigenlijke evaluatie: analyse van de data en opmaak van de modellen (klinische en administratieve databanken). Na dat minutieuze onderzoek volgt dan de formulering van de aanbevelingen, bedoeld voor de politieke overheden.

Concrete toepassing

In België is er nog werk aan de winkel, wat de politieke prioriteiten en de coherentie betreft. De Onafhankelijke Ziekenfondsen kaarten die leemte trouwens aan in hun 'Visie op de evolutie van de gezondheidszorg in België'. Raf Mertens, directeur van het KCE, hoopt dat de oprichting van het Instituut om overlegde antwoorden te garanderen op de uitdagingen in de gezondheidszorg (ook 'Instituut van de Toekomst' genoemd), aangekondigd in de regeringsverklaring, voor een echte doorbraak zal zorgen. "Ook zonder de creatie van een nieuwe organisatie, zou dit een plaats kunnen zijn van reflectie over de manier waarop de onderzoekssystemen op gezondheidsgebied beheerd kunnen worden. Voor het KCE is het een nieuwe uitdaging om te kunnen deelnemen aan een reflectie op een globaler niveau." Lieven Annemans zou dan weer willen dat de uitwerking van HTA een van de opdrachten wordt van dit toekomstige Instituut en dat de academische kringen er beter vertegenwoordigd zouden zijn dan in de Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen of het KCE. "Het zijn dezelfde hoofdrolspelers die de verschillende organisaties bevolken. Zij zijn, per definitie, niet-neutraal. Als de academische wereld beter vertegenwoordigd zou zijn, zou dit bevorderlijk kunnen zijn voor de onafhankelijkheid van het beslissingsproces", bevestigt hij.

De analyse van de kosten-effectiviteit overstijgen



De evaluaties zouden moeten worden toegepast op het medische aanbod in de ruime zin van het woord (geneesmiddelen, hulpmiddelen, preventie, diagnoses ...). Of het nu gaat om nieuwigheden of om bestaande praktijken, a fortiori wanneer er nieuwe informatie beschikbaar is. De evaluaties zouden objectief en transparant moeten zijn en men zou hiervoor de juiste multidisciplinaire competenties moeten samenbrengen. De analyses van de kosteneffectiviteit zouden als uitgangspunt kunnen dienen voor uiteenlopende terugbetalingen, naargelang de betrokken technologie.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen dan ook meerdere mogelijke verbeteringen voor:

- De afstemming van het studieprogramma van het KCE op de politieke agenda en de grote vraagstukken in het kader van de evolutie van het stelsel van de gezondheidszorg. Men moet het mechanisme en de nodige capaciteiten bepalen, zodat men werk kan maken van dringende dossiers (fasttrack assessments), met het oog op een versterking van de kwaliteit van het beslissingsproces binnen de organen van het RIZIV.
- De analyses van de verhouding tussen kostprijs en efficiency zijn niet het enige belangrijke punt van het beslissingsproces. Andere dimensies zoals het soort aandoening, het bestaan van alternatieve behandelingen, de soort van patiënt ... zijn eveneens belangrijk in het kader van de aanbevelingen voor de tenlasteneming van de patiënt. Voor zover mogelijk, moet rekening gehouden worden met de voorkeur van de patiënt en de maatschappij.
- Voor de medische technologie waarvoor nog geen onomstotelijk bewijs bestaat (behandelingen, technieken, zorgmodellen ...), maar die men nodig heeft om te beantwoorden aan een nog niet-ingevulde nood, dient men een tijdelijke toestemming tot terugbetaling te geven, waarbij de resultaten natuurlijk geëvalueerd moeten worden.
- De aanmoediging van een Europese samenwerking tussen HTA-agentschappen binnen het netwerk EUnetHTA, met het oog op een verbetering van de gebruikte methodes, de bevordering van de samenhang tussen de aanbevelingen en de efficiëntie van de ingezette middelen.



In België evalueerden HTA's eerst de geneesmiddelen.

Hoewel de overheden wel degelijk studies bestellen bij de gemandateerde instellingen, nemen zij hun beslissingen niet altijd op die basis. Ze communiceren ook niet genoeg over de redenen waarom ze finaal bepaalde keuzes maken. "Het HTA zou in principe een sleutelrol moeten spelen, maar ik denk niet dat dat momenteel zo is", dixit Lieven Annemans. "De beslissers hebben de mond vol van transparantie en alle criteria waarmee ze rekening gehouden hebben. Ze zeggen ook altijd dat ze objectieve en eerlijke beslissingen genomen hebben, maar het is vaak raden naar de redenen van hun beslissing." In de analyse 'Je geld of je leven! Welke plaats voor kosteneffectiviteit in België?' vestigt het Itinera Institute de aandacht op andere Belgische pijnpunten op het vlak van HTA: de patiënten worden nauwelijks betrokken bij het proces, de data zijn moeilijk toegankelijk, er is geen duidelijkheid over de prioriteiten en het ontbreekt vooral aan een controle van de implementatie van de HTA-evaluaties.

Ons land evolueert dus gestaag in de goede richting, maar alles kan natuurlijk altijd beter. Het is aan de politieke wereld om een versnelling hoger te schakelen, zodat we kunnen beantwoorden aan de talloze uitdagingen die de sector van de gezondheidszorg en die van de ziekteverzekering nog te wachten staan.



Stéphanie Brisson



www.kce.fgov.be

www.itinerainstitute.org

Geen coördinatie van de guidelines in België

De aanbevelingen aan zorgverleners, 'guidelines' in het jargon, zijn het resultaat van de lessen die de wetenschappelijke onderzoekers getrokken hebben uit de evidence-based medicine. Men noemt dat ook de 'best practices'. In België geven tal van organisaties aanbevelingen: FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het KCE, de artsenverenigingen (Domus Medica en de SSMG), de Hoge Gezondheidsraad of nog andere beroepsverenigingen. "Een aanbeveling voor een best practice moet als een hulpmiddel beschouwd worden voor het nemen van een beslissing en is bedoeld voor zowel de patiënt als diegene die hem verzorgt", legt het KCE uit. De aanbevelingen zijn niet alleen bedoeld voor artsen, maar ook voor verpleegkundigen en ziekenhuizen.

Bij ons zijn die best practices niet-gecentraliseerd en hoeven ze ook niet verplicht gevolgd te worden. Het KCE onderscheidt in een rapport 3 soorten van aanbevelingen: de aanbevelin-

gen voor best practices, gebaseerd op afdoende gegevens, de aanbevelingen die het resultaat zijn van een consensus en deze die ontwikkeld worden volgens de informele methode. Alleen de eerste soort wordt extern gevalideerd. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de aanbevelingen van het KCE of die van Domus Medica en de SSMG, de twee Belgische verenigingen voor huisartsengeneeskunde. De 'guidelines' die zij uitwerken, worden voorgelegd aan de huisartsen via de lokale groepen voor de medische evaluatie, om pas daarna goedgekeurd te worden door het CEBAM (Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine). Los van de initiatieven van de twee bovenvermelde verenigingen, bestaat er volgens het KCE geen coördinatiecentrum ter ondersteuning van de ontwikkeling van aanbevelingen voor best practices op kwaliteitsgebied, dat ook belast zou zijn met hun centralisering en publicatie. België heeft op dat vlak nog werk aan de winkel.

Europa steunt de evaluatie van gezondheidstechnologieën

Health Technology Assessment (HTA) is een heet hangijzer in Europa. Met het initiatief EUnetHTA werd niet alleen een nieuwe dynamiek gelanceerd, daarnaast ambieert Europa meer uitwisseling tussen de lidstaten en een grotere betrokkenheid van de verschillende stakeholders in het kader van de Europese richtlijn over de grensoverschrijdende gezondheidszorg. Ook België kan profiteren van deze Europese dimensie.

In tijden van crisis en budgettaire schaarste moeten verstandige keuzes gemaakt worden in het uitstippelen van het beleid van de gezondheidszorg. Dat geldt niet enkel voor België, maar voor alle Europese lidstaten. Men schat dat 50 tot 70% van de stijging van de kosten in de gezondheidszorg het gevolg zijn van het gebruik van nieuwe technologieën. Maar daarnaast moet ook de organisatie van de zorg herzien worden, iets wat ook het voorwerp zou moeten zijn van HTA.

Een Europees netwerk

In 2006 werd een Europees netwerk rond HTA gecreëerd, waarvan vandaag 64 organisaties uit 33 landen lid zijn. EUnetHTA wil methodologieën en praktische tools ontwikkelen om betrouwbare, vergelijkbare en transparante informatie over HTA te kunnen uitwisselen tussen lidstaten.

EUnetHTA mikt daarbij op volgende doelstellingen:

- vermijden dat lidstaten dezelfde analyses uitvoeren om zo tot een efficiëntere inzet van de middelen te komen;
- verzekeren van een betere inte-

gratie van HTA in de besluitvorming;

- versterken van het belang van HTA in het uitgestippelde beleid in de gezondheidszorg;
- ondersteunen van lidstaten met een beperkte ervaring in HTA.

EUnetHTA begon als een samenwerkingsinitiatief tussen de Europese instituten die bevoegd zijn voor HTA en heeft de ambitie om te evolueren naar een permanent netwerk. De Europese Commissie levert een substantiële financiële bijdrage voor de ontwikkeling van dit netwerk.

Uniforme methodologie

De afgelopen jaren heeft EUnetHTA een HTA Core Model ontwikkeld. Het gaat om een algemene methodologie die de uniformiteit inzake HTA in de EU zou moeten bevorderen. Het model brengt 9 algemene domeinen in kaart: gezondheidsproblemen en huidige gebruik van technologieën, beschrijving en technische aspecten van de technologie, veiligheid, effectiviteit, kostprijs en economische overwegingen, ethische analyse, organisatorische analyse, sociale aspecten en legale aspecten.

Voor elk domein moet er specifieke informatie verzameld worden, afhankelijk van het doel van de evaluatie en de technologie. Door deze informatie op een uniforme manier te genereren en te presenteren kunnen de resultaten van het onderzoek makkelijker met elkaar worden vergeleken.

Niet alle domeinen vallen echter uit te wisselen tussen lidstaten. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de economische overwegingen. Maar dit model laat wel toe dat lidstaten bepaalde onderdelen van de HTA-analyses uit andere landen kunnen gebruiken.

Het Core Model omschrijft op gedetailleerde wijze de verschillende aspecten van de HTA en vormt hierdoor een goede basis voor een aantal afgeleide methodologieën. Zo wordt er nu gewerkt aan een model voor de vergelijkende evaluatie van farmaceutische producten ('relative effectiveness assessment') en 'rapid assessment', een methode die een oplossing zou kunnen bieden voor de gebruikelijke lange termijnen voor HTA-analyses.

Stakeholders

Hoewel het EUnetHTA vooral de nationale HTA-instellingen groe-

peert, bestaat er ook een forum voor vertegenwoordigers van patiënten, verstrekkers, verzekeraars (ziekenfondsen) en de industrie. Als vertegenwoordiger van de Europese organisatie van mutualiteiten, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen kunnen vaststellen dat de rol van deze stakeholders voorlopig nog vrij beperkt is en niet duidelijk omschreven. Een grotere en welgedefinieerde rol van deze belangengroepen is dan ook een prioriteit. Daarbij is het belangrijk dat het gewicht van de industrie niet disproportioneel is in de discussies en besluitvorming.

De nieuwe Europese richtlijn 2011/24 omtrent patiëntenmobiliteit zal de rol van de belangengroepen in HTA helpen te versterken. Deze richtlijn - die de lidstaten tegen 25 oktober 2013 moet omzetten naar nationale wetgeving - moet vooral leiden tot meer rechtszekerheid voor de rechten van de patiënt en de terugbetaling van de medische kosten. Daarnaast is het ook de bedoeling om de lidstaten op een aantal vlakken meer met elkaar te laten samenwerken, bijvoorbeeld op het vlak van HTA.

Europese richtlijn

De richtlijn voorziet "de samenwerking en de uitwisseling van wetenschappelijke informatie tus-

Raadpleging belangengroepen

De raadpleging tracht in kaart te brengen welke expertise inzake HTA bij de verschillende belangengroepen bestaat en hoe ze hun betrokkenheid bij de werkzaamheden rond HTA zien in de toekomst, zowel op nationaal als Europees niveau. Als antwoord op de raadpleging hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen alvast volgende prioriteiten geformuleerd:

- structurele betrokkenheid van de stakeholders bij het HTA-netwerk, namelijk op strategisch niveau;
 - ontwikkeling van methodologieën voor de evaluatie van complexe technologieën, alsook van veranderingen in zorgorganisatie en -financiering;
 - verdere analyse van de methodologieën voor 'rapid assessment'.
- Op basis van de ontvangen antwoorden zal de Europese Commissie regelgevende voorstellen uitwerken.

sen de lidstaten in het kader van een vrijwillig netwerk waarin de nationale autoriteiten of de door de lidstaten aangewezen instanties die verantwoordelijk zijn voor de evaluatie van gezondheidstechnologie met elkaar worden verbonden." Voor België zal het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg) deelnemen aan dit vrijwillige netwerk.

Waar EUnetHTA vooral rond methodologie werkt, moet het netwerk in het kader van de richtlijn leiden tot een uitwisseling van informatie over de doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van

gezondheidstechnologieën. Lidstaten kunnen op die manier ook vermijden dat ze dezelfde analyses uitvoeren, waardoor de innovaties die beantwoorden aan een behoefte sneller geïmplementeerd kunnen worden ten voordele van de patiënt. Om de rol van de stakeholders in een dergelijke dynamiek nader te bepalen, organiseerde de Europese Commissie in mei 2012 een Europese raadpleging.



Irina Odnoletkova

Verantwoordelijke Innovatie projecten

Christian Horemans

Expert Internationale zaken

Een grotere rol voor de ziekenfondsen

- De Europese samenwerking tussen HTA-agentschappen (Health Technology Assessment) binnen het netwerk EUnetHTA, alsook het nieuwe netwerk in het kader van de richtlijn moet aangemoedigd worden, met het oog op een verbetering van de gebruikte methodes, de bevordering van de samenhang tussen de aanbevelingen en de effectiviteit van de ingezette middelen.
- Het is cruciaal dat de transparantie en de onafhankelijkheid van HTA in Europa wordt gewaarborgd. Kortom, geen disproportionele invloed van de industrie of andere belangengroepen.
- De Belgische gezondheidszorg moet profiteren van de mogelijkheid die EUnetHTA biedt om te leren hoe andere lidstaten hun zorg organiseren en terugbetalen.
- De ziekenfondsen moeten als vertegenwoordigers van de verzekerden en als medebeheerder van de ZIV een belangrijke rol krijgen in de ontwikkeling van de strategie en het actieplan rond HTA op Europees niveau. De vraag naar nieuwe en betere methodologieën inzake HTA ontstaat vanuit een gemeenschappelijk besef dat het huidige gezondheidszorgsysteem beter beheerd en geïnnoveerd moet worden. Voor het herzien van de zorgorganisatie en -financiering is een langetermijnvisie en nauw overleg tussen verschillende stakeholders van cruciaal belang.

“

Raf Mertens:

**Over de wetenschappelijke vaststellingen
doen we geen uitspraak**

”



Raf Mertens

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) is officieel het HTA-agentschap in ons land. Vaak vermeld in de media en in politieke kringen, als referentie geciteerd wanneer het parlement vragen stelt, bewierookt, bekritiseerd of in twijfel getrokken ... Het KCE heeft een vaste plaats veroverd in de wereld van de Belgische gezondheidszorg. Een kritisch interview met de directeur-generaal, Raf Mertens.

Hoe komen de aanbevelingen van het KCE tot stand?

Raf Mertens – Het meest delicate moment van het hele proces is wanneer we de vaststellingen uit wetenschappelijk onderzoek vertalen naar concrete acties in een bepaald gezondheidssysteem. We moeten hierbij trouw blijven aan de wetenschappelijke vaststellingen, maar ook de nodige dosis realisme aan de dag leggen om de aanbevelingen in onze Belgische context haalbaar te maken. Van zodra men mogelijke acties ter sprake brengt, kunnen er conflicten optreden met drukingsgroepen.

Hoe lost u deze conflicten op?

R. M. – De partners van het gezondheidssysteem (het RIZIV, de ziekenfondsen, de artsensyndicaten, de ziekenhuizen ...) zijn vertegenwoordigd in de raad van bestuur. Het is vooral op het moment van de aanbevelingen dat er heftige discussies kunnen ontstaan. Het ligt niet in de aard van het KCE om de wetenschappelijke vaststellingen in vraag te stellen, maar we luisteren wel naar de argumenten van iedereen om uiteindelijk tot realiseerbare aanbevelingen te komen. Er wordt niet altijd een consensus bereikt. Bepaalde rapporten worden niet unaniem aanvaard. In zo'n geval bieden we de tegenstanders de mogelijkheid om een minderheidsadvies te geven, dat u op onze website kan lezen.

Is het binnen deze context al eens voorgevallen dat de aanbevelingen afwijken van de wetenschappelijke vaststellingen?

R. M. – In principe is contradictie niet mogelijk, maar het is wel zo dat onze aanbevelingen verder kunnen en moeten gaan dan louter de wetenschappelijke vaststellingen. Doordat we met ervaren stakeholders werken, worden de aanbevelingen versterkt tijdens de discussies. Ze leunen dan niet alleen dichter aan bij de realiteit, maar houden ook rekening met de haalbaarheid en met bepaalde belangrijke punten die tijdens de analyse misschien over het hoofd werden gezien.

Hoe reageert u wanneer de onafhankelijkheid van het KCE in twijfel wordt getrokken?

R. M. – Mocht het wetenschappelijke werk op een dag ondermijnd worden, dan zou ik allicht de bons krijgen, want de wetenschappelijke medewerkers hebben een sterke werkethiek en een grote professionele trots. Hoewel aanbevelingen in het verleden al eens aangepast werden, is in mijn ogen de wetenschappelijke inhoud nooit ondermijnd door de raad van bestuur. Alle partijen die aanwezig zijn in de raad van bestuur respecteren de regels van het spel. Ze weten dat ze anders de bestaansreden van het KCE in gevaar brengen. Als een wetenschappelijk werk moet sneuvelen en vervangen worden door gepolitiseerde

standpunten, dan zou het KCE geen bestaansreden meer hebben. Misschien gaat niet iedereen altijd akkoord met de uitgewerkte aanbevelingen, maar over het nut van de instelling zelf bestaat er wel een basisconsensus.

Hoe verlopen uw relaties met de overheid?

R. M. – Soms zijn onze aanbevelingen niet helemaal naar de zin van de overheid, maar we hebben nog nooit politieke druk gevoeld om ze aan te passen. Bijgevolg worden ze dus niet altijd opgevolgd ... Die zekerheid hebben we trouwens nooit gehad. We merken wel dat steeds meer studies van het KCE vermeld worden in de begeleidende teksten bij hervormingen van de Medicomut of bij parlementaire vragen. Het KCE slaagt er dus toch in om bepaalde elementen op tafel te gooien die tot nadenken stemmen en waarmee rekening gehouden wordt, ook al ziet de politieke werkelijkheid er uiteindelijk helemaal anders uit, door bijvoorbeeld werkgelegenheidsproblemen.

Op welke manier houdt het KCE rekening met de voorkeuren van de maatschappij op vlak van gezondheidstechnologieën?

R. M. – Het is een maatschappelijke tendens die het KCE niet onopgemerkt voorbij gegaan is: luisteren naar de belangrijkste betrokkenen, met name de patiënten of de burgers, is een algemeen aanvaard principe. We doen dan ook steeds meer inspanningen om ook hun visie in ons werk op te nemen. Zo hebben we begin 2012 een methodologisch rapport gepubliceerd over 'stakeholder involvement': de betrokkenheid van alle deelnemende partijen, waaronder de patiënten. Er loopt nog een ander rapport waarin methodes besproken worden om rekening te houden met de maatschappelijke voorkeuren als het gaat om de terugbetaling van bijvoorbeeld geneesmiddelen. We proberen ook steeds meer het oogpunt van de 'stakeholder' op te nemen in onze rapporten: zowel van de zorgverleners als van de patiënten. De

KCE en internationale samenwerking

“Op dit moment werken we vooral samen aan de invoering van samenwerkingstools en -structuren. Het KCE is hierbij verantwoordelijk voor de kennis- en informatieondersteuning. Zo beheren we bijvoorbeeld de website van EUnetHTA en de infrastructuur om teleconferenties mogelijk te maken. We werken ook samen aan de gemeenschappelijke methodologieën en richtlijnen van HTA. Dit noemt men een 'HTA core model', een tool om werk te kunnen delen. In de praktijk is er van samenwerking nog niet veel sprake, aangezien de omgeving nog niet echt aangepast was. In oktober 2012 zullen we echter een reeks samenwerkingsprojecten lanceren en op termijn komt er een permanent netwerk van HTA-agentschappen.”

bedoeling is dat het resultaat zo goed mogelijk overeenstemt met wat echt leeft in de maatschappij en oplossingen voorstelt voor heikele punten.

Zal de rol van het KCE moeten veranderen tegenover de politiek?

R. M. – We willen een onafhankelijk centrum zijn en spelen dan ook eerder een adviserende rol dan een beslissende. Maar het is wel zo dat de minister jaarlijks verantwoording moet afleggen aan het Parlement voor de invoering van de aanbevelingen van het KCE. We worden ook elk jaar uitgenodigd om ons werk voor te stellen voor de Gezondheidscommissie van het Parlement. Dit zet onze aanbevelingen extra kracht bij.



Interview door
Stéphanie Brisson

Wat is het KCE?

Het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), actief sinds 2003, is een federale organisatie. De missie van het centrum is om studies uit te voeren en rapporten te maken om de beleidsmakers te adviseren bij hun beslissingen rond gezondheidsbeleid en ziekteverzekering. Het KCE is niet betrokken bij de besluitvorming of de uitvoering ervan, maar kan de weg wijzen naar de best mogelijke oplossingen. De werkzaamheden van het KCE zijn gericht op drie pijlers: de analyse

van de klinische praktijken en ontwikkeling van klinische praktijklijnen (Good Clinical Practice), de evaluatie van nieuwe medische technologieën en geneesmiddelen (Health Technology Assessment) en de organisatie en financiering van de gezondheidszorg (Health Services Research). Het KCE maakt deel uit van het Europese netwerk van HTA-agentschappen, EUnetHTA. Er werken een vijftigtal mensen, onder wie 35 onderzoekers.

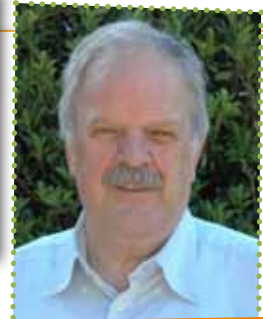
www.kce.fgov.be

Het Debat

De laatste tien jaar werden er overal in Europa heel wat hadrontherapiecentra opgericht. Bij ons is er al sinds 1992 sprake van de bouw van zo'n centrum, maar voorlopig zonder resultaat. Laat België deze technologie beter aan zich voorbijgaan?



Prof. Pierre Scalliet
Radiotherapeut in de Universitaire
Ziekenhuizen Saint-Luc



André De Swaef,
Adviseur-generaal van het RIZIV

“Het Belgische project is economisch levensvatbaar”

Hadrontherapie is een technologie die gebruik maakt van stralingsbundels en bekendstaat om haar uitzonderlijk nauwkeurige bestralingen. De enige bewijselementen waarover we momenteel beschikken om aan te tonen dat protontherapie minder schadelijk is, zijn afkomstig uit de fysica. Er wordt namelijk gevreesd dat de lage stralingsdosissen van röntgenstralen later kankers kunnen veroorzaken. Dit probleem is vooral aanwezig bij kinderen. Een kind in het buitenland laten behandelen, lijkt een verleidelijke oplossing, maar is in de praktijk vaak ingewikkelder dan gedacht. De behandeling bij kinderen bestaat namelijk uit een reeks chirurgische ingrepen, chemotherapie sessies en bestralingen, die allemaal binnen een extreem strak tijdschema uitgevoerd moeten worden. In totaal worden elk jaar slechts 10 à 20 patiënten naar het buitenland gestuurd, terwijl er een project loopt in samenwerking met het Waalse gewest waarbij op basis van een economisch betrouwbaar model gerekend wordt op 150 tot 180 potentiële patiënten per jaar.

De bouw van een hadrontherapiecentrum in België wordt in hoofdzaak afgeremd vanwege de keuze van de plaats en het hoge prijskaartje van de behandeling. Men is er namelijk van overtuigd dat de organisatie die over zo'n protontherapiecentrum zal beschikken, een grote concurrentiële troef in handen zal hebben. Het voordeel is dat uit deze rivaliteit tussen de Belgische universiteiten een heel performante radiotherapie sector zou kunnen groeien. Wat de prijs van de behandeling betreft, ligt het Europese gemiddelde rond de 20 à 22.000 euro. Bij wijze van vergelijking: de jaarlijkse kostprijs van de meeste nieuwe geneesmiddelen die voor kanker op de markt komen, ligt rond de 10 à 50.000 euro. We bevinden ons dus duidelijk in een sociaal aanvaardbare schaal.

“Volgens het KCE zijn er niet genoeg Belgische patiënten voor een hadrontherapiecentrum”

Dankzij de ontwikkeling van hadrontherapie ontstaan er nieuwe perspectieven voor specifieke kankerbehandelingen. Deze nieuwe bestralingsbehandelingen zijn echter duurder dan standaard radiotherapie.

Dat was ook de conclusie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) in hun haalbaarheidsstudie over hadrontherapie uit 2007. Het aantal patiënten dat geholpen zou kunnen worden (50 à 100) bleek namelijk te klein om de bouw van een hadrontherapiecentrum in België te verantwoorden.

De terugbetaling van hadrontherapie in het buitenland is gebonden aan strenge voorwaarden.

Voor een tenlasteneming moet de therapie bv. opgenomen zijn in het verstrekkingenpakket van het behandelingsland. Als de behandeling plaatsvindt in een land waarmee België geen bilateraal akkoord heeft (VS, Japan), bestaat er ook een tegemoetkoming in de kosten.

We kunnen het aantal patiënten dat in aanmerking zou komen voor een behandeling met hadrontherapie niet met zekerheid vaststellen. Dit aantal zal dan ook afhangen van de inclusiecriteria die door de Wetenschappelijke Raad worden vastgelegd. Het jaarlijkse budget voor een tegemoetkoming in de kosten voor hadrontherapie voor dit jaar is vastgesteld op 3.598.000 euro. Hiermee kunnen op jaarbasis ongeveer 90 patiënten behandeld worden. In ons land bestaat er een juridische basis voor een KB met de voorwaarden voor een tegemoetkoming in de kosten van hadrontherapie. Dit reglementaire kader waarborgt onder meer een gelijke behandeling van alle Belgische patiënten ongeacht de behandelende arts. Het KB zou bovendien een beter zicht geven op de kankers die in aanmerking komen voor een terugbetaling. Op die manier biedt het de meeste zekerheid op een tegemoetkoming.

Betaalbare vakanties voor kansarmen met een handicap

Toerisme Vlaanderen en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) slaan de handen in elkaar om kansarmen met een handicap een betaalbare vakantie aan te bieden. Heel wat mensen met een handicap hebben een te laag inkomen om een reisje te boeken. Toerisme Vlaanderen geeft mensen in kansarmoede al jaren een duwtje in de rug door hen vakanties en daguitstappen aan verminderde tarieven aan te bieden. Omdat er steeds meer vraag komt vanuit de gehandicaptensector, werken Toerisme Vlaanderen en het VAPH nu samen om gehandicapten met een laag inkomen te laten genieten van een deugddoende adempauze.

50

Elke dag krijgen zoveel Belgen een beroerte of een herseninfarct.

131.912 €

De besparing die de regering in 2012 oplegt aan de artsenhonoraria.

Een dag om te praten over dementie

De diagnose aan een patiënt meedelen, dementie bij allochtone patiënten en anti-amyloïdtherapie bij de ziekte van Alzheimer ...: het zijn enkele van de onderwerpen die aan bod komen tijdens de Dementie Dag. Dit tweetaalige symposium wordt georganiseerd door de Belgian Dementia Council en vindt plaats op 24 november 2012 op de campus van de UCL.

Meer informatie:

patricia.poppe@uclouvain.be



Een handboek voor de hulpverlener-ambulancier

Een degelijk opleidingsniveau is noodzakelijk om een kwaliteitsvolle hulpverlening te garanderen en de overlevingskansen van de slachtoffers te verzekeren. Daarom heeft de FOD Volksgezondheid een handboek voor de hulpverlener-ambulancier opgesteld, met een bijhorende vragenlijst om de cursist bij te staan in het verwerken van de leerstof en om zijn kennis te testen. De opleiding tot hulpverlener-ambulancier kan gevolgd worden in de erkende provinciale opleidings- en vervolmakingscentra.

www.health.belgium.be (Gezondheidszorg → Crisisbeheer → Organisatie Dringende Geneeskundige Hulpverlening → De hulpverleners-ambulanciers → Het handboek voor de hulpverlener-ambulancier)

Geneeskunde en gezondheidseconomie: een slecht huwelijk?

Als er nieuwe regeringsmaatregelen over gezondheid worden voorgesteld, zijn de zorgverleners er vaak als de kippen bij om ze te bekritisieren. Toch beseft iedereen maar al te goed dat er bespaard moet worden. Maar kennen de zorgverleners de basisprincipes van de financiering van de geneeskundige verzorging wel? Hebben ze tijdens hun opleiding wel voldoende gezondheidseconomie gekregen?

De functie van een arts of zorgverlener is in de eerste plaats het verzorgen van de patiënt. Toch beseffen artsen steeds meer dat er in de praktijk ook veel economie te pas komt. "Gezondheidseconomie is een enorm ruim en atypisch domein," verklaart Marie-Christine Closon, Professor Economie aan de Faculteit Geneeskunde en de School voor Volksgezond-



Marie-Christine Closon

heid van de UCL. "Het eerste dat ik artsen altijd probeer duidelijk te maken, is de zogenaamde opportunity cost. Met andere woorden: hoe kan ik met beperkte middelen toch zo goed mogelijk aan de noden beantwoorden? Artsen denken natuurlijk eerst aan het belang van hun patiënten en vinden dat de vooruitgang van de geneeskunde vanzelfsprekend gefinancierd moet worden. Meer geld stoppen in de financiering van de gezondheid, betekent echter minder geld voor andere domeinen, zoals de financiering van scholen

en de sociale noden. En als de bevolking minder goed geschoold is en haar sociale noden onvoldoende bevredigd worden, zal de maatschappij op gezondheidsvlak zeker ook achteruitgaan."

Verzorging voor iedereen

Patiënten en artsen durven het al eens te vergeten, maar geneeskundige verzorging is niet gratis. Binnen het huidige Belgische systeem wordt onze geneeskundige verzorging wel voor een groot stuk terugbetaald. Iedereen beschouwt

die terugbetaling als een vanzelfsprekend en verworven recht, maar soms moet dit principe even opgefrist worden om ons sociale-zekerheidssysteem beter te begrijpen.

“Veel artsen ergeren zich eraan dat hun patiënten grote sommen geld uitgeven aan hun hobby, maar niet aan hun gezondheid. Ze vergeten echter dat elke burger sociale-

zekerheidsbijdragen en belastingen betaalt. Het is dankzij deze collectieve financiering van de gezondheidszorg dat verzorging toegankelijk



Geert Goderis

blijft voor iedereen. Dit systeem overboord gooien zou onmiddellijk leiden tot geneeskunde aan twee snelheden, waarbij mensen met grote gezondheidsproblemen en een laag inkomen geen toegang meer zouden hebben tot verzorging. Willen we echt een situatie creëren zoals in de VS, waar mensen sterven omdat ze hun verzorging niet kunnen betalen? Een gezond gezondheidsstelsel is een politieke keuze.”

En de patiënt?

Om de toegang tot onze geneeskundige verzorging te kunnen blijven garanderen, is ook een bewustmaking van de patiënt nodig. Die bewustmaking beschouwen de Onafhankelijke Ziekenfondsen overigens als 1 van de 10 prio-

riteiten om de toekomst van de gezondheidszorg veilig te stellen. “Volgens mij behoort die bewustmaking van de patiënt niet alleen tot de rol van het ziekenfonds, maar ook tot die van de artsen,” stelt professor Closon. “Het ziekenfonds kan de patiënt er bijvoorbeeld op wijzen dat hij beter niet te snel naar de spoeddienst holt, als hij kosten wil besparen. Zodra de patiënt echter een voet zet in het verzorgingssysteem van een ziekenhuis, heeft hij het heft zelf niet langer in handen. Het is de arts die voor hem de keuzes maakt en die een doorslaggevende rol speelt. De patiënt neemt een asymmetrische positie in (op vlak van informatie, ervaring...) tegenover de arts.”

Partners, geen vijanden

“Artsen die geen idee hebben van wat gezondheidseconomie inhoudt, zouden wel eens gevoeliger kunnen zijn voor bepaalde vormen van demagogie of net

“De beheerders in de ziekenhuizen worden ook vaak geconfronteerd met de aparte zienswijze van de ziekenhuisartsen,” legt professor Closon uit. “Ze krijgen van buitenaf budgettaire verplichtingen opgelegd. Zo is er voortaan bijvoorbeeld geen ruimte meer om de verblijfsduur of het budget voor geneesmiddelen uit te breiden. Dat zijn kwesties waar de artsen zich vaak niet van bewust zijn en waarvan ze beter op de hoogte zouden moeten zijn.”

Kennis van zaken

Moeten de artsen dan beter opgeleid worden over gezondheidseconomie? “Ja, dankzij die scholing zullen ze beter kunnen begrijpen waarvoor onze gezondheidssystemen staan, hoe ze gefinancierd worden, wat de opportunity cost is, wat de voorwaarden zijn van de toegankelijkheid van verzorging en hoe je kosten-batenanalyses en kosten-efficiëntieanalyses maakt. We

verwachten uiteraard niet dat alle artsen expert worden in alle domeinen van de gezondheidseconomie,” zegt Marie-Christine Closon. “De artsen zouden gewoon in staat moeten zijn om de inzet van de gezondheidssystemen en hervormingen te begrijpen, om studies over kostenefficiëntie te lezen en de resultaten ervan te begrijpen. Op die manier worden ze verantwoordelijke actoren van de maatschappij met kennis van zaken. Daarna kunnen ze zich in functie van hun beroep nog altijd specialiseren.”

De terugbetaling van de zorgverstreking is gebaseerd op het loon van onze medeburgers. We moeten als arts dus bescheiden blijven en we mogen niet overdrijven door bijvoorbeeld nodeloos dure onderzoeken voor te schrijven.

Geert Goderis

terughoudender tegenover DCI's of andere generische geneesmiddelen”, verklaart Geert Goderis. “Ik ben niet echt een fan van het regeringsbeleid, maar ik denk dat je, met een beter inzicht in gezondheidseconomie en kosten-efficiëntieanalyse, de keuzes van het RIZIV beter kan plaatsen, ook al sta je er niet echt achter. Je zal deze instelling en de ziekenfondsen ook meer als partners beschouwen en niet als vijanden.”

Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be

Een stabiele structuur voor chronische pijn

Chronische pijn is een fenomeen op het kruispunt van meerdere medische disciplines. De patiënten moeten dan ook soms heel lang wachten, vooraleer ze weten waaraan ze juist lijden. Bovendien hebben artsen niet altijd oog voor de talloze aspecten van deze aandoening. Gelukkig bestaan er in ons land wel pilootprojecten waaruit we de nodige lessen kunnen trekken!

Een kwart (26%) van de Belgische patiënten met chronische pijn moet meer dan een jaar wachten op de juiste diagnose. 63% van die personen verklaart dat zijn gezondheidstoestand nefaste gevolgen heeft voor zijn beroepsleven. Daarnaast weet 60% van de huisartsen niet hoe te reageren wanneer de pijn weigert weg te ebb en na de behandeling.

Tot daar het resultaat van een enquête, besteld door Insites Consulting in 2010.

Uit steekproeven en studies blijkt vooral dat chronische pijn moeilijk te bepalen en te omschrijven valt.

De International Association for the Study of Pain (IASP) beschrijft pijn als een "onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring, gepaard gaand met aanwezige of potentiële weefselschade, of die beschreven wordt in termen van een dergelijke schade". We spreken over chronische pijn wanneer de pijn meer dan 3 à 6 maanden aanhoudt, of af en toe opnieuw opduikt.

Een complex fenomeen

"Chronische pijn is een ingewikkeld proces dat geleidelijk ontstaat", verklaart Dr. Anne Berquin, geneesheer-specialist in de fysieke geneeskunde en de revalidatie. Zij is verantwoordelijk voor de raadplegingen in het

kader van chronische pijn van de Cliniques universitaires Saint-Luc. Chronische pijn beïnvloedt alle dimensies van de patiënt: overgevoeligheid van het zenuwstelsel, conditieverlies of spiertrekkingen, slaapstoornissen, angstgevoelens en depressie, bijwerkingen van de behandelingen, relatieproblemen." Al die gevolgen hebben een versterkend effect op de pijn. "Er ontstaat geleidelijk een soort vicieuze cirkel. Als die er eenmaal is, blijft de pijn bestaan, zelfs wanneer de oorzaak helemaal verdwenen is", voegt Anne Berquin daar nog aan toe.

Evaluatie

Om het fenomeen goed te kunnen beoordelen, moet de arts peilen naar alle aspecten en problemen waarmee de patiënt geconfronteerd wordt in zijn dagelijkse leven. De tenlasteneming van chronische pijn is gebaseerd op het 'biopsychosociale model'. Dat model vereist een interdisciplinaire benadering, die rekening houdt met de verwachtingen van de patiënten. Het is de bedoeling om de impact van de pijn dag na dag te verminderen via een mix van diverse therapieën (revalidatie, educatie, medicatie, cognitieve en gedragstherapieën etc.).

Zelfs wanneer de eigenlijke oorzaak van het probleem weggenomen is, kan de pijn toch blijven bestaan. Soms is het namelijk moeilijk of zelfs onmogelijk om uit te maken waar de chronische pijn juist vandaan komt. Daardoor is het vaak moeilijk om een diagnose

te stellen en is het noodzakelijk is om met de patiënt te werken. "Ik heb het niet graag over een behandeling of een tenlasteneming. Ik gebruik liever de term 'begeleiding' van de patiënt. Het is namelijk de bedoeling om hem de nodige hulpmiddelen te bezorgen, zodat hijzelf zijn levenskwaliteit kan beheersen én verbeteren. Op die manier kan hij dan beter functioneren in zijn dagelijkse leven", legt Anne Berquin uit.

Drie zorgniveaus

Er zijn 3 gespecialiseerde zorgniveaus in België voor de begeleiding van patiënten met chronische pijn. In het kader van het Plan voor de chronische ziektes werden in 2009

...



Dr. Anne Berquin



twee structuren opgericht voor de opvolging van chronische pijn. In 73 algemene ziekenhuizen werkt sindsdien een halftijdse verpleegkundige met een 'algologische functie'. "Hij houdt als het ware de wacht, want het is de bedoeling om de problemen en noden op te sporen in het kader van de begeleiding van de patiënten. Hij verleent zijn medewerking aan de opmaak van protocollen en aan de opleiding en de bewustmaking van het verzorgend personeel", dixit Anne Berquin. Zijn rol is niet zozeer het verzorgen van patiënten, maar het tot stand brengen van een 'pijnbewustzijn'. Naast die algologische functie zijn er 36 multidisciplinaire ploegen voor chronische pijn. Zij focussen op de vroegtijdige opsporing van pijnproblemen bij patiënten die naar de raadpleging komen.

Op het globalere niveau zijn 9 multidisciplinaire referentiecentra voor de chronische pijn al actief sinds 2005 in het kader van een overeenkomst met het RIZIV. Die referentiecentra beschikken over grotere multidisciplinaire ploegen: een medische ploeg, ergotherapeuten, kinesitherapeuten, maatschappelijke werk(st)ers, apothekers, psychologen en verpleegkundigen. "Die referentiecentra streven naar een zwaardere en intensere tenlasteneming en zijn bedoeld voor patiënten die al heel lang zware pijnlijder zijn", onderstreept Anne Berquin. Deze structuur, bestaande uit drie zorgniveaus, is eigenlijk nog een pilootproject. "Wij streven naar een structurele tenlasteneming

van de chronische pijn", dixit Anne Berquin.

Povere opleiding en financiering

Na enkele jaren werking is de ervaring in het veld met dit nieuwe project natuurlijk nog pril. Toch konden er al enkele lessen getrokken worden. Zo blijkt eerst en vooral dat het aantal patiënten met chronische pijn in België erg hoog is (ongeveer 1 miljoen personen!). Voor de professionele 'pijnbestrijders' is het dus van essentieel belang om de opleiding van alle verzorgend personeel te herzien. "Alle huisartsen, reumatologen en internisten moeten een opleiding krijgen opdat ze op zijn minst in staat zouden zijn om de eenvoudigste gevallen te beheren", legt Anne Berquin uit. De UCL geeft bijvoorbeeld maar een cursus van anderhalf uur over chronische pijn en dat op 7 jaar geneeskunde. Het probleem stelt zich nochtans bij 1 op de 4 volwassenen en alle verzorgers zullen met pijn te maken krijgen. Het is duidelijk dat dit niet door de beugel kan."

De multidisciplinaire ploegen die actief zijn in de ziekenhuizen, bevinden zich overigens momenteel vaak in een precarie situatie op vlak van financiering of personeelsbestand. De financiering wordt namelijk al te vaak toegespitst op technische handelingen, zodat er te weinig geld gaat naar intellectuele handelingen. "Welnu, de pijnbestrijding behoort juist tot de intellectuele handelingen", argumenteert Anne Berquin. Het

is belangrijk om de tijd te nemen om naar de patiënt te luisteren, om zijn verkeerde ideeën recht te zetten en om hem fysiek te re-activeren. Helaas zijn het net die aspecten die zeer slecht gefinancierd worden."

De huisarts: een sleutelrol

De kwestie van de opleiding is des te belangrijker in de referentiecentra voor chronische pijn. Deze structuren zijn namelijk net bedoeld voor 'gerichte verzorging', beperkt in de tijd. Op het einde van een dergelijke periode, is het dus belangrijk om de patiënt te kunnen toevertrouwen aan de goede verzorging van de eerste lijn. "De huisarts is en blijft de sleutelpersoon voor de begeleiding van zijn patiënten", legt Anne Berquin uit. Hij kent zijn patiënt het best, hij is vertrouwd met zijn psychologische en sociale context en hij is de enige persoon die een globaal zicht heeft op het volledige dossier, met inbegrip van de andere aandoeningen. Hij zou dus de 'pijnbestrijder' bij uitstek moeten zijn, maar dat kan niet zonder een behoorlijke opleiding."

Het is meer dan ooit nodig om het netwerk voor de pijnbestrijding te bestendigen door de integratie van meerdere zorgniveaus, een betere opleiding en een grotere bewustmaking van de zorgactoren. Het RIZIV en de FOD Volksgezondheid buigen zich momenteel overigens over de voortzetting van de pilootprojecten. Wordt vervolgd!



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

Professionals in dienst van de pijnbestrijding

De **Belgian Pain Society**, de Belgische pijler van de IASP, is een multidisciplinaire wetenschappelijke vereniging. Ze bestaat uit artsen en paramedici die betrokken zijn bij de bestrijding van chronische en acute pijn. De vereniging wil onder meer: de opleiding voor de behandeling van pijn ondersteunen; het onderzoek stimuleren; de behandeling van de patiënt bevorderen door de oprichting van een aangepast netwerk voor de tenlasteneming en deelnemen aan de concretisering van het beleid in de gezondheidszorg.

www.belgianpainsociety.org



Studie over de kostprijs van tandzorg Variabele tarieven

Angst, tijdsgebrek en het ontbreken van symptomen zijn de voornaamste redenen waarom Belgen niet naar de tandarts gaan. Dat blijkt uit een enquête van het RIZIV bij 1.330 gezinnen. Meer dan 11% van de ondervraagden haalde echter ook financiële redenen aan. Daarom wilde de Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen de vaststellingen van het RIZIV graag vervolledigen met statistische gegevens op een grotere schaal.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen onderzochten vooral de volgende kwesties:

- Hoeveel kost tandzorg voor de patiënt met of zonder de tegemoetkoming van de verplichte verzekering?
- Hoeveel bedraagt de kostprijs van tandzorg ten laste genomen door de ziekteverzekering in functie van de sociale en demografische kenmerken?
- Wordt de raad om regelmatig naar de tandarts te gaan opgevolgd en door wie?

In onze studie 'De kostprijs van tandzorg voor de verplichte verzekering en voor de patiënt' krijgt u een antwoord op al deze vragen. Een samenvatting!

Elk jaar naar de tandarts

Elk jaar een bezoek aan de tandarts ... Wordt deze aanbeveling wel door iedereen gevolgd? Uit de analyse van de consumptie van tandzorg voor de leden van de

Onafhankelijke Ziekenfondsen over een periode van 5 jaar, blijkt dat 25% niet bij een tandarts is geweest, terwijl 31% dat elk jaar of bijna elk jaar (minstens 4 keer in 5 jaar) doet. Het trouwst zijn de jongeren: de helft gaat zo goed als elk jaar. Eens volwassenen, behoudt slechts 25% van de leden deze goede gewoonte. Dit percentage stijgt tot 38% tot de leeftijd van 45 jaar, maar nadien neemt het geleidelijk weer af. Mannen met het RVV-statuuut (recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming) vormen de grootste groep leden die nooit naar de tandarts gaan, ongeacht hun leeftijd.

Een genereuze tegemoetkoming van de verplichte verzekering

De tegemoetkoming van de verplichte verzekering schommelt voor 5 jaar rond de 400 euro per patiënt voor niet-RVV's. Bij de RVV's gaat het om 600 euro.

Het zijn de jongeren die de verplichte verzekering het meest kosten, vanwege de tenlasteneming van de orthodontische verzorging. De uitgaven voor radiologie blijven door de jaren heen vrij constant. Prothesen en orthodontie vormen dan weer de duurste verzorging over een periode van 5 jaar.

Wat de zorg betreft die door de verplichte verzekering betaald wordt, liggen de remgelden over een periode van 5 jaar redelijk laag voor niet-RVV's en beperkt voor RVV's:

- De remgelden over een periode van 5 jaar voor volwassen RVV-mannen zijn bij driekwart onder hen niet hoger dan 50 euro. Voor de niet-RVV's stijgen de remgelden met de leeftijd. Voor de oudsten, die te maken krijgen met de meest aanzienlijke remgelden, liggen deze niet hoger dan 200 euro voor driekwart onder hen en niet hoger dan 350 euro voor 95% onder hen.
- Bij de jongere leden zijn het de adolescenten die het meeste remgeld moeten ophoesten. Dit is hoofdzakelijk te wijten aan de kostelijke orthodontie. Niet-RVV's betalen gemiddeld 78 euro.

De vaststellingen rond de uitgaven ten laste van de verplichte verzekering kunnen de indruk wekken dat tandzorg voor de patiënt niet duur is. We mogen echter niet vergeten dat er daarnaast ook nog supplementen kunnen aangerekend worden. Een deel van de zorgen wordt overigens niet terugbetaald door de verplichte verzekering.

Soms buitensporige supplementen op de RIZIV-erelonen

In mei 2007 lanceerden de Onafhankelijke Ziekenfondsen Dentalia Plus, een facultatieve tandzorgverzekering die de tandzorg dekt, los van de vraag of deze al dan niet ten laste genomen wordt door de verplichte verzekering. Vijf jaar later hebben we een duidelijker zicht op de bedragen die ten laste blijven van de patiënten. We stellen vast dat de supplementen op de RIZIV-erelonen zorgwekkend hoog zijn:

- Bij 10% van de attesten voor curatieve verzorging die bij Dentalia ingediend worden, bedragen de supplementen meer dan 114% van de erelonen die zijn vastgelegd door het RIZIV. 5% van de patiënten krijgt te maken met supplementen boven de 259 euro voor preventieve verzorging en 658 euro voor curatieve verzorging.
- Voor parodontologie (behandeling van tandvleesaandoeningen), orthodontie, prothesen en implantaten worden in meer dan 75% van de gevallen (geattesteerde verzorging) supplementen gevraagd.
- In 25% van de gevallen van parodontologie en orthodontie tellen deze supplementen voor het dubbele van de RIZIV-erelonen. In 5% van de gevallen wor-

Het belang van preventie

We kunnen het niet genoeg herhalen: preventie is essentieel bij mond- en tandverzorging. Daarom lanceren de Onafhankelijke Ziekenfondsen en hun dienst Gezondheidspromotie een grote sensibiliseringscampagne rond tandzorg voor het gezin. Deze campagne zal van start gaan op 12 september, ter gelegenheid van de Werelddag van de Mondgezondheid. Enkele leuke hulpmiddelen van deze ludieke campagne:

- **Een verkleuringstest voor tandplak:** aan de hand van deze test kunnen kinderen én volwassenen controleren of er, na het tandenpoetsen, nog tandplak achterblijft op de tanden. De 'tandverklikker' is een pilletje dat je op je tong legt (voor kinderen een halfje), in stukjes bijt en zich zo in heel je mond verspreidt. Nadien spuw je het uit en zie je in de spiegel waar je nog tandplak hebt: blauw voor oudere plak, roze voor de meest recente. De kleur kan je gemakkelijk doen verdwijnen door je tanden opnieuw te poetsen.
- **Een spelletjesboek voor kinderen** van 6 tot 12 jaar vol spelletjes als kruiswoordraadsels, waar of vals, doolhoven, wat hoort niet in het rijtje ...
- **De brochure '7 richtlijnen voor gezonde tanden'**, bestemd voor de ouders. De brochure beschrijft eenvoudige dagelijkse handelingen om een gezond gebit te behouden. Ze bevat tevens een overzicht van de specifieke tandzorg op elke leeftijd.



Dienst gezondheidspromotie:
gezondheidspromotie@mloz.be

den zelfs ereloonsupplementen gevraagd die 6 keer hoger zijn dan de RIZIV-erelonen.

- De prothesen en implantaten kosten gemiddeld 362 euro aan supplementen. Voor 10% van deze patiënten lagen de supplementen boven de 1.163 euro.

Niet-terugbetaalde zorg erg duur

Voor verzorging die niet terugbetaald wordt door de verplichte verzekering, geeft de patiënt nog veel meer uit. Het gaat hierbij o.a. om de meeste prothesen en implantaten voor wie nog geen 50 is, parodontologische verzorging en de tandextracties bij volwassenen.

- De kostprijs van een parodontologische behandeling bedraagt gemiddeld 377 euro, maar 10% van de patiënten betaalt meer dan 850 euro.
- De kostprijs van een prothese-behandeling met of zonder implantaat (ongeacht het type of het aantal tanden dat behandeld wordt) bedraagt gemiddeld 1.648 euro, maar 10% van de patiënten betaalt meer dan 3.432 euro.

“ 25 % van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is op 5 jaar tijd niet één keer naar de tandarts geweest. ”

Er is dus nog werk aan de winkel om tandzorg voor iedereen toegankelijk te maken. Ondanks de inspanningen die de laatste twintig jaar geleverd zijn om de tegemoetkomingen van de verplichte verzekering uit te breiden en beter af te stemmen op de doelgroepen, is tariefzekerheid verre van een garantie voor de patiënt.

Agnès Leclercq, Studiedienst
Pascale Janssens



www.inami.fgov.be/information/nl/studies/study53/index.htm
Ontdek de volledige studie op onze website www.mloz.be

Beter informeren over de kosten en meer preventie

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een grondige wijziging van de reglementering van de verplichte verzekering en stellen nieuwe initiatieven voor rond:

De onzekerheid over de kostprijs van tandzorg

- Een inspanning bij de communicatie over de geconventioneerde erelonen voor verschillende soorten van courante verzorging.
- De verplichting van de tandarts om te antwoorden op de vraag van een patiënt om een kostenraming te maken van de volledige behandeling. Hij moet hem wijzen op het deel dat, na de tegemoetkoming van de verplichte verzekering, te zijner laste zal blijven (remgeld en supplement).

Het gebrek aan opvolging van de preventieraadgevingen

- Een doelgericht communicatiebeleid rond tandverzorging. De gezondheidseducatie bij jongeren moet versterkt worden en de ziekenfondsen moeten hieraan meewerken.
- Een versterking van de acties bij bepaalde doelgroepen om de kennis en de mogelijkheden van de patiënten en hun omgeving op te krikken. In het akkoord 2011-2012 werd een

project opgenomen dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen. Het is gericht op de tenlasteneming van risicopatiënten, bijvoorbeeld personen met een laag sociaal-economisch profiel en een groot risico op gaatjes. Het akkoord pleit onder meer voor een individueel behandelingsplan op basis van een zorgtraject.

De veralgemening van de supplementen en de financiële toegankelijkheid

- Het geconventioneerde statuut aantrekkelijker maken door bepaalde erelonen op te waarderen en door de accreditering afhankelijk te maken van de toetreding tot de overeenkomst. Zo kan de promotie van de kwaliteit van de verzorging hand in hand gaan met redelijke tarieven.
- De publicatie van de lijsten met geconventioneerde zorgverleners per geografische zone en per specialiteit (via een webapplicatie bijvoorbeeld).
- De vraag van de tandartsen om een Orde der Tandartsen op te richten ondersteunen. Die zou de zorgverleners kunnen straffen die overdrijven bij hun facturatie en onaangepaste verzorging verlenen.

Een 'visie' die stof doet opwaaien ...

De bij momenten 'Copernicaanse' omwenteling die voorgesteld wordt door de Onafhankelijke Ziekenfondsen in de '10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg' heeft voor opschudding gezorgd in het kleine wereldje van de media. Een korte bloemlezing van citaten uit de pers!

Over ons zorgmodel

“De oplossing van de Onafhankelijke Ziekenfondsen? Een radicale heroriëntatie van het stelsel: “Ons zorgmodel is aan een herziening toe: het moet evolueren van de klassieke, acute, gerichte, reagerende en geïsoleerde geneeskunde naar een preventieve, multidisciplinaire, proactieve en geplande aanpak. Maar ons systeem is afgestemd op het beheer van acute kortdurende aandoeningen, niet op het beheer van chronische ziektes.”

Le Soir

Over de regionalisering van de gezondheidszorg

“De zesde staatshervorming bevat ook een luik over de gedeeltelijke regionalisering van de gezondheidszorg. Opent dat perspectieven? “Ik hoop het, maar ik heb zo mijn twijfels. Het is niet onze bedoeling om een communautaire discussie te starten, maar voor ons kan de regionalisering hoe dan ook geen doel zijn op zich. Het ziet er naar uit dat de staatshervorming de zaken nog ingewikkelder gaat maken. Er is geen sprake van een homogene verdeling van de bevoegdheden en het zal allemaal nog moeizamer gaan.”

Trends

Over de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen

Ik pleit ervoor dat men de ziekenfondsen verantwoordelijk stelt voor welbepaalde punten zoals het beheer van de afhankelijkheid, van de chronische ziektes ... Men zou, volgens mij, moeten afstappen van de veronderstelling dat de ziekenfondsen een gegarandeerd inkomen hebben. Het is aan ons om onze 'koopwaar' aan te prijzen bij de overheden en om tegen hen te zeggen: Geef ons uitdagingen die we kunnen realiseren, beoordeel ons op onze resultaten!”

Xavier Brenez op www.artsenkrant.com

Over de financiële incentives

“Er is een grondige reflectie nodig over de terugbetalingmechanismen en de financiële incentives voor de verschillende actoren”, oppert Xavier Brenez. “Het grootste probleem van ons systeem is het aantal voorgeschreven geneesmiddelen en medische verstrekkingen. Er zijn namelijk weinig incentives om die hoeveelheid te controleren. De artsen worden bijvoorbeeld per handeling betaald en ik kan natuurlijk niet in hun boezem kijken, maar ik meen toch te mogen stellen dat men hiermee meerdere verstrekkingen in de hand werkt.”

De Tijd



Onze gezondheidszorg wordt als een van de beste ter wereld beschouwd. Maar is dit werkelijk zo? De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn van mening dat de ziekteverzekering een globale en waardevolle langetermijnvisie vereist. Daarom hebben ze hun visie op de toekomst van de gezondheidszorg gebundeld in 10 krijtlijnen.

Deze '10 krijtlijnen voor de toekomst van de gezondheidszorg' zijn een aanzet tot een herziening van ons gezondheidszorgsysteem. Wij nodigen daarom andere partijen van de sector uit om dit document te verrijken met hun ervaringen en ideeën, zodat we samen onze schouders kunnen zetten onder een gezondheidszorg met een duurzaam toekomstperspectief!

'Visie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op de evolutie van de gezondheidszorg', te downloaden op www.mloz.be of te bestellen via commu@mloz.be

door Karima Amrous
karima.amrous@mloz.be



Feminisering van de geneeskunde: een uitdaging voor de gezondheidszorg

Maar liefst 7 op de 10 studenten huisartsgeneeskunde zijn vrouwen. Sinds een tiental jaar zijn vrouwelijke artsen in België aan een opmars bezig. Wat betekent deze feminisering van de geneeskunde? En met welke veranderingen in de gezondheidszorg moeten we rekening houden? Professor Joke Denekens, hoogleraar Huisartsgeneeskunde en vice-rector Onderwijs aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Antwerpen, strijdt al jaren voor een evenwichtigere man-vrouwverhouding onder de artsen.

In 2010 waren er in België 572 studenten die de opleiding huisartsgeneeskunde volgden: 162 mannen en 410 vrouwen. Een vrouwelijk overwicht dus, een tendens die al meer dan tien jaar aan de gang is. Waar er bij de 45-plussers dubbel zoveel mannelijke als vrouwelijke huisartsen zijn, blijken de verhoudingen bij de volgende generatie dokters dus helemaal omgekeerd. Vrouwen lijken steeds meer te kiezen voor het beroep van huisarts, terwijl hun mannelijke collega's de voorkeur geven aan een specialisatie. Een gevaarlijke trend, volgens professor Joke Denekens. "In elk vakgebied is er een evenwicht nodig. Neem nu het onderwijs: er zijn te veel vrouwelijke onderwijzers in het kleuter- en lager onderwijs. Dit kan de identificatie van jongens toch niet ten goede komen? Elk kind moet zowel mannelijke als vrouwelijke waarden meekrijgen als het zich volledig wil ontplooiën. En zo is het ook bij patiënten. Ze hebben nood aan een huisarts die deze waarden combineert in zijn of haar aanpak."

Aantal erkende huisartsen in België in 2010*

	Man	Vrouw
Totaal	9.744	4.934
25-44	1.444	2.521
45-65+	8.300	2.413

Promoties en paternalisme

Hoe toekomstige artsen die mannelijke en vrouwelijke waarden kunnen combineren, wordt hen aangeleerd op de universiteit. Maar daar wringt het schoentje. De communicatietrainingen binnen de opleiding geneeskunde vormen hiervoor een perfect platform, ware het niet dat de leidinggevende functies in de faculteiten zo goed als allemaal ingevuld zijn door mannen. En dat heeft volgens Prof. Joke Denekens niet alleen te maken met het feit dat vrouwen thuis ook een hoop werk te doen hebben. "De promoveringen in de academische wereld moeten verbeteren. Een mannelijke overste zal al sneller zeggen: 'Jij hebt het als vrouw waarschijnlijk te druk met je huishouden en kinderen, ik stuur wel een mannelijke kandidaat naar het buitenland.' Dat goedbedoelde paternalisme moet er uit."

Vrouwelijke artsen stromen zelden door naar de hogere echelons. Ze hebben tot nu toe nauwelijks invloed kunnen uitoefenen op de inrichting van de medische beroepen en de vormgeving van de opleidingen. Maar er is verbetering op komst. "Tot voor kort was het praktisch onhaalbaar voor vrouwen om hogerop te klimmen. Een man die vijf jaar lang voltijds had gewerkt, was er misschien in

geslaagd om 50 publicaties uit te brengen, terwijl een vrouw met een huishouden en twee kinderen er evenveel moest hebben in dezelfde tijdspanne om ook in aanmerking te komen voor promovering. De Universiteit Antwerpen heeft een einde gemaakt aan deze discriminatie door het aantal publicaties te relateren aan de werkelijk bestede tijd."

Specialiseren

Niet alleen als academicus krijgen de vrouwen het hard te verduren, ook als arts-specialist moeten ze heel wat trotseren om vooruit te geraken: moeilijke werktijden, veel urgenties, problemen om werk en gezin te combineren... Bovendien wordt een vrouwelijke arts-specialist minder gemakkelijk aangenomen omdat ze misschien ooit zwangerschapsverlof zal nodig hebben. "Er zijn wel richtingen waar vrouwen al langer oververtegenwoordigd zijn", nuanceert Joke Denekens. "Denken we maar aan psychologie, pediatrie, dermatologie... maar in de zogenaamde 'snijdende vakken', zoals chirurgie, kunnen vrouwelijke artsen nauwelijks hun stempel doordrukken."

Op zoek naar een evenwicht

Professor Denekens is er gerust in dat de man-vrouwverhoudingen

* Jaarstatistieken gezondheidsgroepen België 2010



Meer en meer vrouwen kiezen voor een carrière als huisarts.

in de specialisaties op termijn een evenwicht zullen vinden. Ze maakt zich meer zorgen over de verhoudingen onder de huisartsen, waar het vrouwelijke overwicht moeilijker weggewerkt kan worden. "Daar zijn twee oorzaken voor. Ten eerste kiezen vrouwen sneller voor huisartsgeneeskunde, omdat het daar relatief gemakkelijk is om deeltijds te werken of zwangerschapsverlof te nemen. Een tweede grote oorzaak is dat mannelijke artsen zich steeds meer specialiseren. Voor veel specialiteiten ligt de verloning immers een pak hoger."

Joke Denekens pleit daarom voor een opwaardering van de huisartsgeneeskunde. De ziekenfondsen moeten volgens haar samen met het RIZIV en de artsen het systeem opnieuw gaan ijken, zodat het loonsverschil tussen huisartsen en specialisten kleiner wordt. Ook de status van huisarts is aan herwaardering toe. "Nu is het zo dat studenten geneeskunde zeer hoge

Vrouwen lijken steeds meer te kiezen voor het beroep van huisarts, terwijl hun mannelijke collega's de voorkeur geven aan een specialisatie. Een gevaarlijke trend.

resultaten moeten kunnen voorleggen als ze willen specialiseren. Als ze die niet hebben, moeten ze maar huisarts worden. In mijn visie moet het andersom: studenten moeten juist hoge resultaten hebben om zich te specialiseren in huisartsgeneeskunde. Het is niet moeilijk om als specialist technische prestaties te leveren, meestal wordt dat zelfs door een laborant gedaan. Het ambt van huisarts is véél moeilijker."

Gendersverschillen

Over de verschillen tussen man en vrouw is al veel gezegd en

geschreven, maar hoe zit het in de geneeskunde? Behandelen vrouwelijke artsen hun patiënten anders dan mannelijke? "Er zijn natuurlijk opvallende verschillen. Vrouwelijke dokters besteden meer tijd aan een consultatie dan hun mannelijke collega's en ze zijn meer patiëntgericht, terwijl mannen meer taakgericht te werk gaan." Maar een consultatie hangt zeker niet alleen af van het geslacht van de arts. "Het verschil schuilt vooral in de koppels. Een mannelijke dokter praat met een mannelijke patiënt eerder over de sociale aspecten dan over de emotionele, terwijl dat met een vrouwelijke patiënt eerder andersom is. Vrouwelijke artsen leggen bij hun vrouwelijke patiënten dan weer de nadruk op het lichamelijke en het medische aspect. We stellen dus wel degelijk vaste patronen vast."

Aantal erkende geneesheren-specialisten in België in 2010*

	Man	Vrouw
Heelkunde	1.424	244
Orthopedie	985	77
Cardiologie	873	196
Pediatrie	703	957
Oftalmologie	491	635
Dermato-venereologie	247	516



Hellen Smeets

hellen.smeets@mloz.be



Joke Denekens

Professor Joke Denekens is één van de keynote speakers op het symposium 'Feminisering: welke impact op de gezondheidszorg?' op 18 september 2012 in de gebouwen van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Ze zal het in haar voordracht onder andere hebben over de impact van de feminisering op het zorgberoep en de toekomst van de huisartsgeneeskunde.



Gesprek met Dr. Anne Gillet-Verhaegen

Meer vrouwen in de vakbonden

In september organiseren de Onafhankelijke Ziekenfondsen een symposium over de impact van de vervrouwelijking van de gezondheidszorg.

Dr. Anne Gillet-Verhaegen, huisarts te Schaarbeek en vicevoorzitster van het ASGB, zal één van de sprekers zijn. We peilden naar haar standpunt over de vervrouwelijking van de huisartsengeneeskunde.

Welke ideeën verdedigt u in uw functie bij de commissie artsenziekenfondsen om de beoefening van geneeskunde door vrouwen te bevorderen?

Anne Gillet-Verhaegen - Mijn engagement binnen de vakbond stoelt op de verdediging van het evenwicht tussen het privé- en beroepsleven. Dit was oorspronkelijk vooral een heikel punt voor vrouwen, maar de mannen sprongen al snel op de kar. Alle stappen die wij sinds 10 jaar met het kartel ondernomen hebben, gaan in die richting. Vroeger lag de klemtoon in de gezondheidszorg vooral op de 'techniciteit' en op al wat het ziekenhuis aanbelangt, vandaar dat de financiering hoofdzakelijk per handeling gebeurde. Welnu, een dergelijke financiering beantwoordde duidelijk niet langer aan de manier waarop huisartsen en vooral vrouwen wilden werken. Wij hebben dan ook een gemengde financiering van onze praktijk geëist. De financiering per handeling moest behouden blijven als stimulans, maar het moest ook mogelijk zijn om met vaste bedragen te werken ter ondersteuning van de praktijken. Dankzij deze gemengde financiering is het mogelijk om de huisarts te helpen. Hij of zij beschikt over een stabiele en vaste financiële basis op momenten waarop het moeilijker gaat, namelijk het begin en einde van de loopbaan en bij moederschap.

De funeste wedren om toch maar zoveel mogelijk handelingen aan elkaar te rijgen en zo aan overproductie te doen, wordt op die manier deels doorbroken.

Vroeger was de geneeskunde vooral een mannenbastion. Nu zijn de auditoria voor 75 à 80% gevuld met vrouwen. Is dat een goede zaak?

A.G.-V - Helemaal niet, we hebben een evenwicht nodig. Ik ben weliswaar een feministe in de gezondheidszorg, maar ik vind toch dat er opnieuw mannen nodig zijn aan de universiteiten en in het zorgmilieu. Wanneer mannen een bepaald beroep verlaten, daalt de waardering voor die beroepen. De reden hiervoor is dat de fora, waar beslissingen genomen worden, nog grotendeels bevolkt zijn door mannen. Het is dus helemaal niet zo dat vrouwen minder goed zouden werken, maar er wordt minder aandacht besteed aan hun activiteit op het niveau waar de beslissingen vallen. Bepaalde specialismen trekken in hoofdzaak vrouwen aan, maar het valt ook op dat de specialismen die het best vergoed worden vooral uit mannen bestaan.

Hoe verklaart u dat?

A.G.-V - De arbeidsomstandigheden zijn zwaar. Dat is niet nieuw, maar de evolutie van onze levensstijl zorgt ervoor dat het al-

lemaal nog moeizamer verloopt. De bezoldigingen voor dergelijke beroepen staan niet in verhouding tot de moeilijkheidsgraad van de activiteit. Mannen aanvaarden dat niet langer, terwijl vrouwen vlugger geneigd zijn om zich bij de situatie neer te leggen. In het onderwijs zien we iets gelijkaardigs: de omstandigheden zijn zwaar en het inkomen staat niet in verhouding tot de inzet. Sommige vrouwen kiezen dan ook eerder voor specialismen met minder spoedgevallen, zodat ze hun leven beter kunnen organiseren. Vrouwen kiezen snel voor de algemene geneeskunde, maar na hun eerste stages stellen ze vaak vast dat er een kloof gaapt tussen droom en werkelijkheid. Een op de drie huisartsen gooit dan ook binnen de 5 jaar na het begin van zijn activiteit de handdoek in de ring. De arbeidsomstandigheden beantwoorden duidelijk niet langer aan de wensen van jonge artsen, en zeker niet aan die van vrouwen.

Beoefenen mannen en vrouwen de geneeskunde dan niet op dezelfde manier?

A.G.-V - Er is niet echt een verschil tussen mannen en vrouwen. Iedereen heeft wel een vrouwelijke en een mannelijke kant. Het heeft geen zin om te veralgemenen door te stellen dat vrouwen voor empathie, begrip en interactieve participatie gezorgd zouden heb-

ben. Heel wat mannen hebben eveneens de strijd aangeboden tegen het medische paternalisme. Ook mannen stonden weigerachtig tegenover de almachtige medische autoriteit die het allemaal beter wist, tegenover het gebrek aan een dialoog met de patiënten. Het overgrote deel van de artsen wil vandaag een partner zijn van de gezondheidszorg, in samenspraak met de patiënt. Dat bemoeilijkt de zaken echter...

Hoezo?

A.G-V - Streven naar participatie en een dialoog met de patiënt is veel moeilijker dan het onderhouden van een autoritaire relatie met die patiënt. Dat is waarschijnlijk ook een van de redenen waarom huisartsen vaak te kampen krijgen met een burn-out. We zijn daarvoor niet opgeleid. Vreemd genoeg besteedt de universiteit nauwelijks aandacht aan het leerproces van de relatie met de patiënt.

Is het in de relatie met de patiënt dat vrouwen en mannen zich verschillend gedragen?

A.G-V - Evenwicht is alles. Patiënten vragen ons botweg om valse attesten op te maken, om verkeerde geneesmiddelen voor te schrijven ... Men probeert ons soms echt te mee te sleuren in een commerciële relatie. Empathie is één ding, maar soms moeten

De arbeidsomstandigheden beantwoorden duidelijk niet langer aan de wensen van jonge artsen, en zeker niet aan die van vrouwen.

we ook onverbiddelijk zijn. Het is de rol van de arts om handig te schipperen tussen die twee uitersten, zodat het wankele evenwicht hersteld wordt.

Nog een slotvraag: op welke manier zou u de arbeidsomstan-

digheden van vrouwelijke artsen graag zien evolueren?

A.G-V - Er zijn meer vrouwen nodig in de vakverenigingen. Op die manier zal er beter rekening gehouden worden met hun levenswijze en hun wensen. Als ze minder wachtdiensten willen doen en tijd willen vrijmaken voor hun kinderen na 18u, is dat een gerechtvaardigde eis. Ze moeten dan wel mee rond de tafel gaan zitten om na te denken over de vereiste organisatie om dit te kunnen realiseren. Het systeem van de wachtdiensten wordt vandaag betwist, maar we mogen het kind niet met het badwater weggooien. De kwaliteit van de organisatie van de gezondheidszorg mag namelijk niet lijden onder deze eisen, hoe legitiem ze ook zijn.

Nathalie Renna
nathalie.renna@mloz.be



Wilt u deelnemen aan ons symposium? Schrijf u dan in! U vindt meer info hieronder.

Feminisering: welke *impact* op de gezondheidszorg?

Op 18 september organiseren de Onafhankelijke Ziekenfondsen een symposium over de feminisering van de zorgsector en haar effecten op de opleiding, de medische praktijk, de patiëntenrelatie, de organisatie van de zorg ...

Programma

- **Inleiding** door Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- **Feminisering, trends en uitdagingen voor de samenleving** door Nathalie Bekx, CEO Trendhuis, Xenarjo cvba en Time4Society vzw
- **De impact van de feminisering op het zorgberoep: over de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten** door Joke Denekens, Hoogleraar Huisartsengeneeskunde UA
- **Hoe gezins- en beroepsleven optimaal op elkaar afstemmen? Gendersverschillen in carrière en inkomen** door Anne Gillet, huisarts in Schaarbeek en vicevoorzitster van het ASGB (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België)
- **Van 'vrouwelijk management' naar 'vrouwelijk leiderschap' - over de ondervertegenwoordiging van leidinggevende vrouwen in zorgorganisaties** door Isabella Lenarduzzi, Managing Director JUMP Forum



www.mloz.be

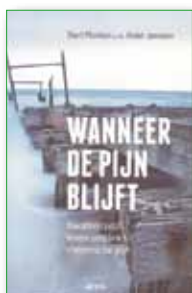
Piet Van Eenoooghe - piet.vaneenoooghe@mloz.be - T 02 778 92 11

SYMPOSIUM
18/09
2012

Boeken

Klare wijn over chronische pijn

We worden allemaal al eens geconfronteerd met pijn. Maar wat als de pijn vertikt om weg te ebbten, een karrenvracht medicatie en therapieën ten spijt? Voor heel wat mensen is pijn dagelijkse kost. Dit boek gaat dieper in op de oorzaken en gevolgen van chronische pijn en focust op het belang van een multidisciplinaire benadering. Chronische pijn is namelijk een veelkopig monster dat enkel kan worden bestreden door een team van mensen uit verschillende specialismen. Het boek is bovendien doorspekt met interviews met patiënten en teamleden van pijncentra. Daardoor



biedt het des te meer inzicht in de dagelijkse realiteit van een pijnpatiënt.

Wanneer de pijn blijft. Kwaliteitsvol leven ondanks chronische pijn,

Bart Morlion en Kolet Janssen, Acco, 2012, 192 blz., ISBN 978-90-334-8657-9

In het hoofd van de psychotherapeut

Bij psychotherapie denken de meesten aan een zachte sofa en een therapeut met de pen in de hand. Maar hoe gaat het er werkelijk aan toe in de praktijkruimte van een psychotherapeut?

Welke mentale problemen krijgen ze allemaal voorgeschiedeld en waarom kiezen ze voor deze of gene aanpak? 'Ontmoetingen in psychotherapie' biedt de lezer een piepgaatje in het hoofd van de psychotherapeut en hun patiënten. Verschillende casussen tonen aan hoe een psychotherapeut te werk gaat en worden afgesloten met een tip voor de lezer.



Kortom, een boeiende tip van de sluier van een fascinerend beroep!

Ontmoetingen in psychotherapie, Erika Rau, Acco, 2012, 192 blz., ISBN 978-90-334-8825-2

Vallen valt te voorkomen

Een val valt vaker voor dan je zou denken. In woonzorgcentra maakt namelijk maar liefst 30 tot 70% van de bewoners één keer per jaar een tuimelpartij, niet zelden met zware lichamelijke, psychosociale en economische gevolgen. Daar wil deze praktijkrichtlijn paal en perk aan stellen. Ze biedt namelijk een handig overzicht aan effectieve maatregelen om valincidenten bij ouderen in woonzorgcentra te voorkomen. Maatregelen ter preventie van fractures, maatregelen op voorzieningsniveau, sensibilisering van medewerkers ...: het komt allemaal aan bod!



Valpreventie in woonzorgcentra. Praktijkrichtlijn voor Vlaanderen, K. Milisen, e.a., Acco, 2012, 136 blz., ISBN 978-90-334-8799-6

Onderbelichte ziekte onder de loep

Binnen de medische literatuur blijven nog steeds heel wat complexe aandoeningen onderbelicht. Daarom bindt Jean-Jacques Wyndaele (hoogleraar urologie aan de Universiteit Antwerpen) de kat de bel aan en dissecteert hij in dit boek haarfijn de chronische pelvische pijn, een moeilijk onderdeel van de pathologie van het kleine bekken. Hij gaat dieper in op de diagnose en de behandeling van deze aandoening en doet ook de mogelijke oorzaken uit de doeken. Kortom, interessant en leerrijk leesvoer voor zowel de geïnteresseerde zorgverstreker als de patiënt.



Chronische pelvische pijn, Jean-Jacques Wyndaele, Acco, 2012, 120 blz., ISBN 978-90-334-7628-0



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

Wilt u de vinger aan de pols houden van de laatste debatten die voor deining zorgen in de wereld van de gezondheidszorg? Heeft u een onverzadigbare honger naar thematische dossiers, studies en brandend actuele nieuwsberichten uit de wereld van de zorgprofessionals?

Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!

Mail naar health-forum@mloz.be

www.mloz.be

*Health Forum is een publicatie van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



SAVE THE DATE

18/09
2012

De effecten van de feminisering op de
zorgsector, de opleiding, de medische praktijk,
de patiëntenrelatie, de organisatie van de zorg ...

SYMPOSIUM

Feminisering: welke *impact* op de gezondheidszorg?

PROGRAMMA

- 13u - 13u10 **Inleiding**
Laurette Onkelinx, Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
- 13u10 - 13u40 **Feminisering, trends en uitdagingen voor de samenleving**
Nathalie Bekx, CEO Trendhuis, Xenarjo cvba en Time4Society vzw
- 13u40 - 14u10 **De impact van de feminisering op het zorgberoep: over de kwantitatieve en kwalitatieve aspecten**
Joke Denekens, Hoogleraar Huisartsengeneeskunde UA
- 14u10 - 14u30 Pauze
- 14u30 - 15u **Hoe gezins- en beroepsleven optimaal op elkaar afstemmen? Gendersverschillen in carrière en inkomen**
Anne Gillet, huisarts in Schaarbeek en vicevoorzitter van het ASGB (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België)
- 15u - 15u30 **Van 'vrouwelijk management' naar 'vrouwelijk leiderschap' - over de ondervertegenwoordiging van leidinggevende vrouwen in zorgorganisaties**
Isabella Lenarduzzi, Managing Director JUMP Forum
- 15u30 - 15u50 Vraag & Antwoord
- 15u50 - 16u **Slotspeech**
- 16u - 17u Drink

Waar? Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel
Info Piet Van Eenoooghe - 02 778 92 11 - piet.vaneenoooghe@mloz.be
Inschrijvingen www.mloz.be

accreditering E & E aangevraagd

Een organisatie van de **Onafhankelijke Ziekenfondsen**

Onze partners:



Artsen krant

AXXON
PHYSICAL THERAPY IN BELGIUM

bodytalk



hulporganisaties.be

