

Health Forum

Maart 2015 · Nr. 21

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Gezondheid, een 'business' als een andere?

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 6 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

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



Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1
9000 Gent
www.partena-ziekenfonds.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Partenamut

Mettewielaan 74/76
1080 Brussel
www.partenamut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be

Het is niet 'wij' tegen 'zij'

De woorden 'gezondheidszorg' en 'marktwerking' in één en dezelfde zin doen de wenkbrauwen fronsen. Vaak vervalt de discussie in een frontale botsing tussen 'publiek' en 'privé'. Kortom, wat meer nuance in dit debat is hoogst noodzakelijk. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn geen voorstander van de privatisering van de gezondheidszorg, maar we kunnen niet enkel denken in termen van tegenstellingen. Want om de toekomstige uitdagingen aan te gaan, zullen we creatief moeten zijn.

Op budgettaire vlak zijn het harde tijden. Zowel op federaal als regionaal vlak staan besparingen op stapel en moeten de overheden keuzes maken. Als de publieke instanties op hun financiële beperkingen botsen, moeten ze durven nadenken over de rol die private actoren kunnen spelen. Niet enkel qua aanbod, maar ook voor het stimuleren van innovatie. De noden van de volksgezondheid en een toegankelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg moeten daarbij steeds de uitgangspunten zijn.

De invloed van Europa op deze discussie is groot. Als Europeanen zijn we trots op onze traditie van sociale bescherming en sociale dienstverlening. De ontwikkeling van de interne Europese markt leidt echter vaak tot spanningen. Denk maar aan de Bolkesteinrichtlijn die in het verleden de dienstenmarkt wilde liberaliseren en op veel weerstand botste. Die evenwichtsoefening tussen

de diensten van algemeen belang en de toepassing van de regels van de interne markt loopt als een rode draad door vele Europese dossiers.

Het massale protest tegen de lopende onderhandelingen voor een vrijhandelsakkoord tussen de Verenigde Staten en de Europese Unie (de 'TTIP') toont aan hoe actueel deze problematiek is. De Belgische ziekenfondsen maken zich ernstige zorgen over de mogelijke gevolgen van dit akkoord. Zullen multinationals invloed krijgen op het beleid van de lidstaten rond volksgezondheid? Begin februari trokken de ziekenfondsen samen aan de alarmbel met een gemeenschappelijke position paper.

Het is dus geen zwart-wit verhaal. Marktwerking kan leiden tot commercialisering van en ongelijkheid in de gezondheidszorg, wat indruist tegen de waarden van de ziekenfondsen. Maar marktwerking kan ook zorgen voor de betrokkenheid van private actoren in het zoeken naar oplossingen in de gezondheidszorg en rond innovatie. Publieke en private stakeholders kunnen ook partners zijn.

ziekenfondsen. Maar marktwerking kan ook zorgen voor de betrokkenheid van private actoren in het zoeken naar oplossingen in de gezondheidszorg en rond innovatie. Publieke en private stakeholders kunnen ook partners zijn.

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



“We kunnen niet enkel denken in termen van tegenstellingen. Om de toekomstige uitdagingen aan te gaan, zullen we creatief moeten zijn.”

Hoofdredactrice

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

Eindredactie

Steven Vervaeke en Hellen Smeets

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Agnès Leclercq · Nathalie Renna · Hellen Smeets · Ingrid Umbach · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Vanessa Vanrillaer · Rudy Van Tielen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters & Shutterstock

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Le magazine de l'Union Nationale des Mutualités Libres - Innovation

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



Volg ons op Twitter!
[@Onafh_Zf](https://twitter.com/Onafh_Zf)

Inhoud

Nr. 21

Maart 2015

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Gezondheid, een 'business' als een andere?

16 Forum zorgverstrekkers

De Commissie Medische Ethiek buigt zich over 'gevoelige' kwesties

Alcohol en tabak: beschermt een verbod onze gezondheid?

20 Studies

Man, jong, ongehuwd, zelfstandig en Brusselaar

Diabetes type 2: betere behandelingsresultaten dankzij telecoaching

Hoe administratieve rompslomp de patiënt geld kost

30 Event

Fraude in de ziekteverzekering, een bedreiging voor de solidariteit?

33 Gezondheidpromotie

Oprichting contactpunt dementie voor professionele hulpverleners

34 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Gezondheid, een 'business' als een andere?

Voor of tegen de privatisering van de gezondheidszorg? De discussie is niet nieuw. Maar door de financiële crisis heeft ze wel een andere dimensie gekregen. Stond België gisteren nog toe te kijken aan de zijlijn, dan treft het fenomeen vandaag ook ons land. Een dossier om dit vraagstuk helder te analyseren, met de nadruk op de rol van Europa en een blik op de praktijken van de farmaceutische industrie.



6

Sensibilisering gezondheid

Alcohol- en rookverbod ter bescherming van onze gezondheid?

Rond 1920 werd in de Verenigde Staten een alcoholverbod opgelegd. Dat bleek een mislukking over de hele lijn. Vandaag beseffen we maar al te goed dat een drug volledig verbieden een utopie is. De beperkende maatregelen die nu van kracht zijn, lijken echter wel hun vruchten af te werpen. Moeten ze dan niet verstrengd worden? Twee experts geven hun mening over deze kwestie: Dr. Vincent Lustygier, psychiater-tabacoloog in het Brugmannziekenhuis, en Martin de Duve, directeur van de vzw Univers Santé.



18

Studie

Man, jong, ongehuwd, zelfstandig en Brusselaar

7% van de Belgen brengen nooit een bezoek aan de dokter of tandarts, laten geen medische onderzoeken uitvoeren, gaan nooit naar het ziekenhuis, ... We noemen hen de 'niet-gebruikers van geneeskundige verzorging'. Wat zijn hun kenmerken? Verkeren ze echt in goede gezondheid? Dat wilden de Onafhankelijke Ziekenfondsen uitzoeken in een studie die tot op vandaag nog nooit was uitgevoerd!



20

2019

De Vlaamse OCMW's zullen in 2019 verdwijnen en opgenomen worden in de gemeentebesturen, die hun bevoegdheden zullen overnemen.

Een beslissing uit het Vlaamse regeerakkoord.

Psychosociale ondersteuning van kankerpatiënten bevorderen

"Ons land mag prat gaan op een uitstekende medische verzorging voor kankerpatiënten. **Op vlak van psychosociale ondersteuning van de patiënten en hun omgeving is er echter nog werk aan de winkel.** Voor deze verzorging, die strikt genomen niet medisch van aard is, is het budget beperkter", bevestigt de Koning Boudewijnstichting. Daarom lanceert de Stichting, samen met het Fonds Duchesne en Kom op tegen Kanker, een oproep voor projecten tot 800.000 euro. Innoverende initiatieven die, als aanvulling op de normale medische en oncologische verzorging, een meerwaarde bieden op vlak van verzorging, wetenschappelijk onderbouwd zijn en bijdragen **tot de verbetering van de levenskwaliteit van de (ex-)kankerpatiënten en hun omgeving**, worden beloond.

www.kbs-frb.be

4G: schadelijk voor onze gezondheid of niet?

Om de 4G-netwerken in ons land uit te breiden, laten operatoren voor mobiele telefonie steeds meer zendmasten plaatsen. Zo kunnen 4G-gebruikers sneller surfen met hun smartphone of tablet. Over de mogelijke impact van de straling op onze gezondheid bestaat echter nog geen eenduidig wetenschappelijk antwoord. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) vraagt daarom om het voorzorgsprincipe te hanteren en de aanbevolen blootstellingslimieten te respecteren. Daarnaast wijst de HGR ook op de nieuwe sociale patronen door het gebruik van mobiele telefonie: asociaal gedrag, cyberpesten, ... Vooral het gebruik door jonge kinderen verdient bijzondere aandacht. "Sommige toepassingen kunnen de ontwikkeling van kinderen stimuleren, maar ook hier liggen de gevaren van dwangmatig gebruik en onwenselijke en ongewenste internetervaringen op de loer", klinkt het.

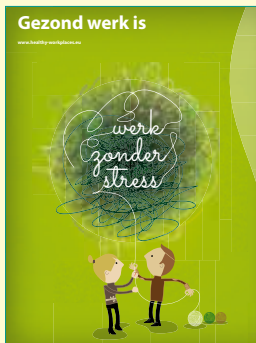
www.hgr-css.be

678

gezondheidswerkers werden besmet met het ebolavirus en 382 zijn eraan gestorven.

Cijfers van de WGO van december 2014.

Beter omgaan met stress op het werk



Werkgevers, kaderpersoneel, werknemers en hun vertegenwoordigers zijn de eersten die hun krachten kunnen bundelen om de psychosociale risico's op de werkvloer aan te pakken. De **campagne 'Psychosociale risico's: beter voorkomen om beter te werken'** van het Europese Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk richt zich dus grotendeels tot hen. Het Europese Agentschap pakt uit met een elektronische gids in 34 versies. Zo wil het beantwoorden aan de noden van de werkgevers en werknemers van kleine bedrijven. De website van de campagne stelt een heleboel tools ter beschikking om de boodschap te verspreiden: affiches, filmpjes, documentatie, evenementenagenda, enz.

www.healthy-workplaces.eu



Health

Dossier

Gezondheid, een 'business' als een andere?

Het DNA van de Europese gezondheidszorg bedreigd

Big Pharma, gezond en wel

De privatisering van de gezondheidszorg: gevaar of kans?

p.7

p.9

p.12



Vrije handel tussen Europa en de VS

Het DNA van de Europese gezondheidszorg bedreigd



Christian Horemans

De EU en de VS zijn volop aan het onderhandelen over een vrijhandelsakkoord. Het doel: een grote Trans-Atlantische zone met minder handelsbarrières die zorgt voor economische groei, goedkopere producten en meer jobs. Maar wat betekent het opengooien van deze twee markten voor de ziekteverzekering, de ziekenfondsen en de gezondheidszorg? Christian Horemans, expert Internationale Zaken bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, wikt en weegt de mogelijke impact van zo'n akkoord op de Europese gezondheidssystemen!

Wat houdt het Trans-Atlantische partnerschap voor handel en investeringen (TTIP) precies in?

Christian Horemans - De onderhandelingen voor dit partnerschap tussen de Europese Unie en de VS zijn gestart in 2013 en beogen vooral betere handelsrelaties tussen deze twee grootmachten. De invalshoek is dus puur economisch: het is de bedoeling om de obstakels weg te nemen die de economische relaties tussen de EU en de VS momenteel bemoeilijken. Dat is op zich geen slechte zaak. Een vlottere export van bv. voedingswaren of auto's in de ene of de andere richting kan alleen maar voordelig zijn. Maar momenteel weten we niet precies waarover de Europese Commissie en de VS precies onderhandelen. Ook rond zaken die de ziekenfondsen en de ziekteverzekering aanbelangen, is het allemaal een beetje koffiedik kijken.

Wat zijn nu de risico's van zo'n vrijhandelsakkoord voor de Europese gezondheidssystemen?

C. H. - Als de Amerikaanse multinationals te veel macht zouden krijgen, liggen er verschillende ge-

varen op de loer. De sociale zekerheid valt buiten de TTIP, maar wat met bepaalde opdrachten van de ziekteverzekering en de gezondheidszorg die worden uitgevoerd door ziekenfondsen en ziekenhuizen? Om een privatisering en commercialisering te vermijden, mogen deze activiteiten niet onder de TTIP vallen. Een concreet voorbeeld: stel dat de Belgische overheid beslist om obesitas aan te pakken met een vettax. Die maatregel zou een grote invloed hebben op Amerikaanse bedrijven als bv. Coca Cola. In het vrijhandelsakkoord zou een 'dispute settlement' komen, waardoor dergelijke multinationals naar een soort Arbitragehof kunnen trekken als ze zich benadeeld voelen door het beleid van een land. In het verleden werden al nationale overheden door multinationals voor de rechter gedaagd om een schadevergoeding te eisen. Denk maar aan de bekende rechtszaak van de tabaksproducent Philip Morris tegen de Australische overheid. Op die manier zou het beleid rond gezondheids promotie van een Europese lidstaat dus in het gedrang kunnen komen.

Ook het geneesmiddelenbeleid van Europese lidstaten kan op de helling komen te staan...

C. H. - Klopt, als de VS erin slaagt om prijsafspraken en terugbetalingsmodaliteiten rond geneesmiddelen in het akkoord te krijgen, komen we in een gevaarlijke situatie terecht. Het geneesmiddelenbeleid is namelijk een nationale bevoegdheid en buitenlandse investeerders zouden inspanningen van een land om de geneesmiddelenuitgaven onder controle te houden kunnen ondermijnen. Daarnaast is er ook de kwestie van directe reclame over medicijnen naar de patiënt toe. Dat is in België verboden, maar in de VS kan dat wel. Ook op dat vlak mag de nationale wetgeving van Europese lidstaten niet onder druk komen te staan door Amerikaanse eisen. Met 550 euro per persoon heeft ons land al de hoogste geneesmiddelenuitgaven van Europa. Maatregelen die de consumptie van medicijnen verder aanwakkeren, kunnen we dus missen als kiespijn.

Zijn er nog dergelijke voorbeelden?

C. H. - Vele Europese lidstaten hebben een systeem van programmatie dat bv. bepaalt hoeveel PET-scans er mogen gebeuren. Stel dat Amerikaanse bedrijven zo'n systeem zouden kunnen aanvechten als het indruist tegen hun commerciële belangen. Volgens de Europese Commissie zal zo'n doemscenario fictie blijven, maar de ziekenfondsen zijn toch niet gerustgesteld. Zolang we niet weten wat er exact op tafel ligt, mogen we niet zomaar achterover leunen en de zaak op zijn beloop laten.

Welke initiatieven hebben de ziekenfondsen dan genomen?

C. H. - De ziekenfondsen hebben een werkgroep opgericht die een nota met een intermutualistisch standpunt in dit dossier heeft ontwikkeld. Gezien de

complexiteit van het dossier en het gebrek aan transparantie was het belangrijk om onze bezorgdheden helder te formuleren en een aantal aanbevelingen op papier te zetten. Met dat document willen we de Belgische leden van het Europese Parlement, alsook de verantwoordelijke politici op federaal en zelfs regionaal niveau sensibiliseren. We willen hen aanmoedigen om waakzaam te blijven en informatie rond dit dossier te delen met onze sector. President Obama heeft al aangekondigd dat hij een akkoord wil tegen eind 2015. De tijd dringt dus...

Kan zo'n akkoord ook bepaalde voordelen hebben voor de Europese gezondheidssystemen?

C. H. - Er zijn zaken binnen de medische sector die de Amerikanen beter doen dan Europa. Denk maar aan de controle van medische hulpmiddelen. In de VS is dat heel streng, terwijl er bij ons nog werk aan de winkel is. Dat heeft het schandaal rond de slechte PIP-borstimplantaten uitvoerig aangetoond. Maar dat voorbeeld weegt niet op tegen de mogelijke ongewenste gevolgen van zo'n akkoord. De verschillen tussen de EU en de VS rond gezondheidszorg zijn immens. In Europa hebben we een sterke traditie van solidariteit en een ziekteverzekering waarin commerciële belangen geen plaats hebben. Dat is in Amerika wel even anders. We moeten er dus alles aan doen om te vermijden dat het vrijhandelsakkoord het Europese DNA rond gezondheidszorg en sociale dienstverlening aantast. Stel je voor dat de Belgische overheid gedagvaard kan worden voor elke beslissing inzake volksgezondheid... We moeten ervoor zorgen dat dit scenario fictie blijft!



Interview door **Steven Vervaeke**
steven.vervaeke@mloz.be

Een gevaarlijk gebrek aan transparantie

Christian Horemans: "Dat gebrek aan duidelijkheid voedt uiteraard de angst over de mogelijke impact van zo'n vrijhandelsakkoord. Er is nu wel een nieuwe Europese Commissie en de kersverse bevoegde Eurocommissaris is Cecilia Malmström. Dat is een Zweedse en dat land draagt transparantie ten opzichte van de burger hoog in het vaandel. Tijdens haar hoorzitting heeft ze dan ook gehamerd op het belang van meer open communicatie in dit dossier. Dat is nodig, want een grondig debat over het akkoord is onmogelijk als we niet weten wat er precies allemaal op tafel ligt."



Ontdek de nota van de Belgische ziekenfondsen over de TTIP op www.mloz.be

Big Pharma, gezond en wel

Hoe hard de crisis ook heeft toegeslagen, één sector heeft stand gehouden. Door de groeiende nood aan gezondheidszorg konden de farmabedrijven de miljarden winst rustig blijven binnenrijven. Hoe kregen ze dat voor mekaar? Tegen welke prijs en met welke marketing- en invloedstrategieën? En hoe kunnen we de consument hiertegen beschermen?

Geneesmiddelen zullen altijd nodig zijn en iedereen wil gezond blijven. Ieder van ons is een toekomstige patiënt of een zieke zonder het te beseffen. Dat zouden de mantra's van de farmaceutische industrie kunnen zijn, waarmee ze, ongeacht de conjunctuur, elke economische tegenslag op wereldniveau aankunnen. Een van de verklaringen voor de goede vorm van de farmaceutische sector is zijn strategische positie. "De farmabedrijven hebben een groot monopolie. Zo'n 15 bedrijven hebben 55 à 60% van de geneesmiddelenmarkt in handen. Dat is enorm veel!", zegt Henri Houben, econoom en lid van de Onderzoeksgroep naar alternatieve economie. "Dankzij dit monopolie kan de farmaceutische sector bijna 60% van zijn winst in dividenden aan de aandeelhouders uitkeren." Volgens Stefaan Fiers, directeur public relations van pharma, be, wordt de situatie van de far-

maceutische wereld echter iets te rooskleurig voorgesteld. "De farmabedrijven hebben ook te lijden gehad onder de crisis, met ontslaggolven als resultaat. De fusie van bepaalde bedrijven had dan ook een reden: de kosten drukken en genoeg marge garanderen om de onderzoeks- en ontwikkelingsactiviteiten te kunnen voortzetten. We mogen ook niet vergeten dat de farmaceutische sector actief deelneemt aan het jaarlijkse evenwicht van de gezondheidsbegroting. Alleen al in 2015 zullen we voor meer dan 450 miljoen euro aan structurele maatregelen bijdragen", voegt Stefaan Fiers toe.

Invloedrijke sector

Een zuivere overwinning voor de geneesmiddelenbusiness? Elk succes heeft zo zijn formule. Die van de farmaceutische industrie is een gewiekste mix van marke-

ting- en PR-ingrediënten met één rode draad: een grote invloed van de bedrijven. Van goed omkaderde praktijken, zoals de bezoeken van de afgevaardigden, reclame of sponsoring, tot meer subtiële acties als lobbying of het uitvinden van ziektes ('disease mongering'). Binnen de Europese instellingen zijn heel wat lobbygroepen actief, waaronder die van de farmaceutische sector. Uit een studie van Corporate Europe Observatory uit 2012 blijkt dat de farmaceutische industrie jaarlijks 40 miljoen euro gebruikt voor het lobbyen bij de Europese leiders*. Volgens dezelfde studie zouden er in Brussel 220 lobbyisten actief zijn voor de farma-industrie. Sommigen stellen de zogenaamde 'draaideurpolitiek' aan de kaak: het 'plaatsje verwisselen' van politici en lobbyisten. Het gaat om vroegere hoge functionarissen die voor lobbybedrijven gaan werken of omgekeerd, vroegere lobbyis-

* Dit bedrag werd berekend op basis van de ingediende verklaringen van de organisaties in het 'Gemeenschappelijke Transparantieregister'. Dit register dat in 2011 opgesteld werd door de Europese overheid, moedigt organisaties aan om op vrijwillige basis een heelboel gegevens in te voeren over de verbanden met andere bedrijven en hun personeel.

ten die hoge Europese functies gaan bekleden.

Wie lobbygroepen zegt, zegt 'leaders of opinion'. Professors, artsen of wetenschappers die benaderd of aangeworven worden door farmaceutische bedrijven voor hun expertise en hun invloed op de gezondheidssector. Hun objectiviteit kan dus in vraag gesteld worden, maar gelukkig zien meer en meer vangrails het licht. Steeds meer overheidsagentschappen en -instellingen voeren procedures in om deze 'belangenconflicten' te regelen. Zo eist de Terugbetalingscommissie voor geneesmiddelen van het RIZIV dat elke deelnemer met een raadplegende stem jaarlijks een verklaring aflegt over zijn band met de farmaceutische industrie. Binnen dit domein zijn het de farmaceutische beroepen zelf die de zaken in handen nemen. Het heeft pharma.be, de algemene vereniging van de geneesmiddelenindustrie in België, ertoe aangezet om een website te creëren met een inventaris van alle financiële steun die de farmabedrijven bieden aan de

gezondheidsprofessionals. De gegevens zullen dit jaar verzameld worden en zullen gepubliceerd worden vanaf 2016. Alle bedrijven die lid zijn van pharma.be engageren zich om deze informatie ter beschikking te stellen.

Nieuwe markten

Een van de methodes die de farma-industrie wel eens gebruikt, is 'disease mongering' of 'het heruitvinden van ziektes'. Deze marketingstrategie bestaat uit het promoten van een 'ziekte' om een geneesmiddel te verkopen. Een laag libido, premenstruele pijn of fobieën worden als 'ziektes' verkocht, die verholpen kunnen worden met... een geneesmiddel. Medicatie die ze subtiel promoten via websites, studies in prestigieuze bladen of genetisch onderzoek. De farmaceutische industrie verdedigt deze gemediatiseerde praktijken onder het mom van het recht op informatie aan een vragend publiek. Een andere praktijk van deze industrie (geen klassieke verkoop-techniek), is het verlengen van de

octrooien. Na enkele jaren vervalt het octrooi van bepaalde geneesmiddelen, waardoor de fabricatie ervan niet meer beschermd is. Andere bedrijven, meer bepaald de generische, kunnen zich dus op de productie toeleggen. Het einde van een octrooi betekent een grote hap uit de winst van de bedrijven die het in handen hadden. Vandaar dat ze met alle mogelijke middelen de octrooien proberen te verlengen om de komst van de concurrentie op de markt af te remmen. Acties die vaak uitgevochten worden voor de rechtbank en die de invoeringstermijn nog verder uitstellen. "Het gebeurt uitzonderlijk", legt Stefaan Fiers uit. "En als het gebeurt, is het met de goedkeuring van een Europees of nationaal octrooibureau, dat zich baseert op nieuwe elementen bij een strenge procedure."

Publiciteit

Er zijn ook andere klassieke en omkaderde technieken waarmee de farmaceutische industrie haar waren aan de man brengt.

...

Onafhankelijke medisch afgevaardigden

Farmaka, dat in 1972 opgericht werd in Gent, ondersteunt de 'evidence based medicine' door alle internationale onderzoeken naar de effecten van geneesmiddelen en niet-medicamenteuze behandelingen te verzamelen en te analyseren. "We contacteren de huisartsen om hen deze gegevens voor te stellen tijdens een bezoek aan hun kabinet", vertelt Didier Martens, directeur van Farmaka. Drie keer per jaar staan actuele thema's op het programma. Farmaka wordt gesubsidieerd door het Federaal Agentschap van Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en hun 15 onafhankelijke afgevaardigden voeren tussen de 8.000 en 9.000 bezoeken per jaar uit. Zij hebben een wetenschappelijke of medische opleiding gevolgd en hebben geen belangenconflict met de farmaceutische industrie. "De bedoeling is om de kritische geest van de huisartsen aan te scherpen en hen te informeren over de laatste belangrijke wetenschappelijke gegevens. Door hun drukke job kunnen ze niet altijd op de hoogte blijven van de wetenschappelijke actualiteit en we merken dat er een grote vraag is naar dit soort wetenschappelijke en onafhankelijke informatie", legt Didier Martens uit. Op de website van Farmaka staat geen reclame van de industrie en de externe experts die samenwerken met de vereniging, moeten ook hun eventuele band aangeven met de farmaceutische industrie. Naast de activiteiten van de medisch afgevaardigden, stelt Farmaka ook een geneesmiddelenformulier op voor de rusthuizen en voert het literatuuronderzoeken uit voor consensusvergaderingen in het RIZIV en voor de transparantiefiches van het Belgische Farmacotherapeutische informatiecentrum.

www.farmaka.be

Reclame en sponsoring zijn het strengst gereglementeerd, met het oog op een goede bescherming van de consument en een rationeel gebruik van de geneesmiddelen. Een duidelijke wetgeving omkaderd zowel de publiciteit voor het grote publiek als die voor gezondheidsprofessionals.

Voor de gezondheidsprofessionals is de farmaceutische industrie het prominentst aanwezig in de gedaante van de medisch afgevaardigden. In België zetelen bijna 3.000 van hen in huisartsenkabinetten. Hun activiteit is strikt omkaderd en gereglementeerd. “Ze vertegenwoordigen de bedrijven die hen aanwerven, maar hun beroep is veeleer geëvolueerd naar ‘wetenschappelijke’ ondersteuning van de arts om een betere vertrouwensrelatie te krijgen”, bevestigt Stefaan Fiers. Voor deze afgevaardigden van de farmaceutische industrie bestaat een alternatief. Farmaka biedt huisartsen opleidingen aan door onafhankelijke afgevaardigden (zie kader p.12). Dankzij dit initiatief kunnen zelfs de meest wantrouwige artsen wetenschappelijke informatie krijgen.

Deontologie

De grote evolutie van de laatste jaren binnen de farmasector is een grote hang naar transparantie en profilering als waker over de ‘best practices’. Verschillende gezondheidszorgactoren zijn heel actief rond deze kwestie en hebben zich verenigd in Mdeon, een gemeenschappelijk deontologisch platform bestaande uit verenigingen van gezondheidsprofessionals, ook uit de industrie van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Het doel: een kwaliteitsvol kader leveren voor informatie en de promotie van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen, meer bepaald over de toestemmingen voor sponsering (de ‘visa’) die verkregen kunnen worden bij het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Als lid van de European Federation of Pharmaceutical Industries (EFPIA), werkt pharma.be ook regelmatig zijn deontologische code bij en de organisatie zorgt ervoor dat iedereen indien nodig een klacht kan indienen. De farmaceutische industrie is zich meer dan ooit bewust van zijn reputatie en trekt nu volop de kaart van transparantie, vertrouwen en zelfregulering. De overheid kijkt waakzaam toe. Het is aan de patiënten en de artsen om hetzelfde te doen.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Stefaan Fiers

3 vragen aan pharma.be

Zelfregulering en samenwerking: de Belgische farmaceutische sector strijdt voor meer transparantie

Welk standpunt neemt pharma.be in over de promotie van geneesmiddelen?

Stefaan Fiers – We vertrekken vanuit het principe dat alle contacten tussen de farmaceutische industrie en de zorgverleners gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke en medische informatie. Al onze leden hebben zich achter een deontologiecode geschaard. Eender welke actor die vindt dat deze code niet gerespecteerd wordt, kan een klacht indienen. We hebben hiervoor een procedure voorzien. Een onafhankelijk comité onderzoekt elke zaak. We krijgen ongeveer 4 à 5 klachten per jaar binnen.

Hoe weten jullie zo zeker dat jullie leden nauwgezet de publiciteitsregels volgen?

S. F. – Elke maand controleren we 5 berichten aan de zorgverleners, die we willekeurig selecteren uit alle publicaties door onze leden. Die schriftelijke publicaties worden op alle punten gecontroleerd: duidelijkheid van de wettelijke vermeldingen of het respecteren van de deontologie bijvoorbeeld. De resultaten van al deze controles worden gepubliceerd in een rapport dat elk bedrijf jaarlijks krijgt.

Wat met de kleine ‘geschenken’ die de bedrijven aan de gezondheidsprofessionals geven?

S. F. – Eind september 2014 hebben we een campagne gelanceerd over de ethische regels die gerespecteerd moeten worden binnen dit domein. Onze regels gaan zelfs verder dan de officiële wetgeving. Het is vanaf nu bv. verboden om de artsen balpennen, zakdoeken of post-its toe te stoppen. Bovendien is het vanaf nu ook mogelijk om een klacht in te dienen. Het is dus aan onze leden om de afgevaardigden op te leiden over deze nieuwe normen, zodat ze op hun beurt de gezondheidsprofessionals hierover kunnen informeren.

Alle details over de campagnes en de deontologie van pharma.be kunt u terugvinden op www.pharma.be



De privatisering van de gezondheidszorg: gevaar of kans?

Voor of tegen de privatisering van de gezondheidszorg? De discussie is niet nieuw. Maar door de financiële crisis heeft ze wel een andere dimensie gekregen. Stond België gisteren nog toe te kijken aan de zijlijn, dan treft het fenomeen vandaag ook ons land.

De laatste jaren is in landen als Griekenland, Spanje en Portugal de zorgsector geprivatiseerd, met rampzalige gevolgen. Een groot deel van de bevolking kreeg steeds moeilijker toegang tot verzorging, waardoor een geneeskunde op twee snelheden ontstond, die steeds meer burgers in de kou laat staan.

Hoewel de solidaire sociale bescherming de basis van het Belgische beleid is, vinden privatisering en commercialisering van de gezondheidszorg ook bij ons ingang. De toename van het aanbod aan privéverzekeringen, het stijgende aantal privéziekenhuizen of honoraria tot 300% in sommige ziekenhuizen: het zijn voorbeelden van de privatisering van de zorgsector, die snel zouden kunnen uitmonden in de commercialisering van de zorg, waarbij voor bepaalde actoren uit de sector financieel gewin het hoogste goed is.

Het grotere aanbod aan privéverzekeringen, het stijgende aantal privéziekenhuizen of honoraria: het zijn voorbeelden van de privatisering van de zorgsector.

Opgelet bij de selectie van risico's

Alvorens verder in te gaan op dit debat, is het verstandig om even stil te staan bij de gebruikte terminologie. Isabelle Heymans, algemeen secretaris van de Franstalige federatie van medische huizen, benadrukt het belang van het onderscheid tussen 'privatisering' en 'vermarkting'. "Privatisering is geen synoniem van vermarkting. Wijkgezondheidscentra en vzw's behoren tot de privésector. Dit is belangrijk, want wanneer we met andere landen over privatisering praten, denken sommige landen (waar alleen de overheid geen winstoogmerk heeft) dat 'de privé' altijd winst nastreeft. België neemt hier een speciale plaats in: ons gezondheidstelsel is voornamelijk gebaseerd op een privésysteem zonder winstoogmerk. Wij zijn dus volledig geprivatiseerd, maar zijn toch een van de Europese landen waar de vermarkting het kleinst is."

"Bij de Franstalige federatie van medische huizen geloven we dat de ontwikkeling van een niet-commerciële sector zin heeft. Privatisering – als ze niet commercieel is – schrikt me dus niet af", verklaart Dr. Heymans. "Het baart me wel zorgen als het doel van dienstverlening aan de bevolking vervlochten raakt met een financieel doel. Dit is vaak het geval bij structuren in handen van financiële investeerders, die niet alleen de goede verzorging van de mensen voor ogen hebben, maar ook geld willen slaan uit dit type dienstverlening."

Vermarkting kan gevaarlijk zijn wegens de dreiging van een risicoselectie volgens Heymans. "Als je in dit denkpatroon belandt, kom je er al snel toe risico's te selecteren. Daardoor leg je je eerder toe op gezondheidsproblemen 'die iets opleveren' dan op ziektes

die 'niets opbrengen'. Dat zien we al bij privégezondheidsverzekeringen: ze selecteren de risico's en sluiten dus patiënten met te dure aandoeningen uit. Ze zeggen dat ze dit doen in naam van de rentabiliteit van het systeem."

Privatisering is onvermijdelijk

In andere Belgische sectoren is de privatisering van de gezondheidszorg al flink ingeburgerd, bv. bij de rust- en verzorgingstehuizen. In Vlaanderen is de sector evenredig verdeeld over alle actoren: 32% is in handen van openbare instellingen, 37% behoort toe aan privéverenigingen en 31% is in privéhanden¹.

Uit een rapport² van Itinera Institute, dat vlak vóór de verkiezingen van mei 2014 opgesteld werd, blijkt dat de bijdrage van de Belgen voor de gezondheidszorg oploopt tot 20%. Dat is best veel, zeker in vergelijking

lees het vervolg van het artikel op p.14 • • •

Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

De werkelijkheid is genuanceerder

Het debat focust zich vaak op de extremen, maar voor Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, ligt de waarheid waarschijnlijk ergens in het midden. In zijn ogen zijn er duidelijk voor- en nadelen verbonden aan zowel privé als overheid.

“Als het stelsel zuiver een openbare aangelegenheid is, zitten we met een algemeen probleem van beheer, politisering, polarisering, governance en – steeds meer – financiering. Anderzijds beschikken we dan waarschijnlijk wel over meer hefboomen om te bepalen welke richting we uit willen met de dienstverlening. Als de privésector de teugels in handen krijgt, is de kans reëel dat die zich zal toespitsen op de bevolkingsgroepen en diensten die de hoogste winst opleveren. Positief is dan weer dat de privésector dynamischer is en beter in staat is om fondsen te vergaren en risico's te nemen.”



Het belang van governance

“Hoe dan ook, over het algemeen geldt dat een slecht omkaderde of slecht beheerde structuur, of ze nu openbaar of privé is, haar opdracht niet naar behoren vervult”, legt Xavier Brenez uit. “Als we het overheidssysteem niet begeleiden met een goede governance, als we aan de beheerder van overheidsinitiatieven geen aanzienlijke beweegruimte laten, en als we geen duidelijke en meetbare doelstellingen hebben, dan schiet het overheidssysteem volledig aan zijn doel voorbij. Hetzelfde geldt voor de privésector: als we het systeem in zijn hoekje laten werken, kunnen we er gif op innemen dat het zich zal concentreren op de meest rendabele segmenten.”

Vaker de kwaliteit meten

Als vertegenwoordiger van de ziekenfondsen zegt Xavier Brenez dat hij uiteraard op deze elementen let, maar hij geeft ook toe dat hij niet alle kaarten in de hand heeft. “Er bestaan heel wat regels en wetten. En toch kunnen we niet vermijden dat patiënten min of meer geselecteerd worden en dat de sector zich concentreert op rendabele aspecten. De kwaliteit wordt niet echt gemeten. We kunnen dus stellen dat de bestaande mechanismen niet genoeg

buffers garanderen. De overheid op haar beurt heeft nog een lange weg af te leggen naar een deugdelijk bestuur. Je zou er meer initiatieven moeten kunnen ontplooien en er is nood aan duidelijke en meetbare doelstellingen, zodat iedereen zijn verantwoordelijkheid opneemt.”

De debatten draaien al snel om de vraag of iemand voor of tegen privatisering en vermarkting is, terwijl dit eigenlijk van ondergeschikt belang is.

Innovatie en zin voor risico stimuleren

Over het algemeen meent Xavier Brenez dat de mix van systemen in ons land een goede zaak is. Hij pleit er wel voor om qua innovatie meer bewegingsruimte te geven aan de privésector. Voor hem is dit duidelijk een domein waar risico's aangemoedigd moeten worden.

“De debatten draaien al snel om de vraag of iemand voor of tegen privatisering en vermarkting is, terwijl dit eigenlijk van ondergeschikt belang is. De discussie zou moeten gaan over de beoogde doelstellingen, en over de regeling die nodig is om die doelstellingen te bereiken.”



Interview door **France Dammel**



In de sector van de rusthuizen is de privatisering al een realiteit.

onze noorderburen. In Nederland bedraagt dit aandeel namelijk slechts 6%.

Voor Svin Deneckere, expert gezondheidszorg aan het Itinera Institute, is het duidelijk dat we zelfs nog meer zullen moeten bijdragen: "De overheid zal er niet uit raken als de bevolking niet meer financiële verantwoordelijkheid opneemt. Neem het voorbeeld van de technologische innovatie, die aanpassingen mogelijk maakt om gezond oud te worden.

Daarvoor is een grotere financiële inspanning nodig. Op dat vlak pleit Itinera voor een systeem van intelligente solidariteit, waarbij niet de politiek steeds meer voor iedereen moet doen, maar waarbij het beleid ervoor zorgt dat iedereen steeds meer voor zichzelf kan doen."

Onlangs heeft het Agentschap Zorg en Gezondheid, in samenwerking met de sector, kwaliteitsmetingen uitgevoerd in 753 woon- en verzorgingscentra. Daaruit blijkt onder meer dat er geen kwaliteitsverschillen bestaan tussen de diensten van de drie soorten actoren in de Vlaamse gezondheidszorg. "Laten we dus ophouden met te zeggen dat winst nastreven nefast is voor de kwaliteit", zegt Svin Deneckere. "Winst is net de uitdrukking van een toegevoegde waarde op vlak van vernieuwing, efficiëntie en kwaliteit."

Een oplossing met beperkte middelen?

Volgens sommigen, onder wie Svin Deneckere, is de toenemende privatisering van de zorgsector in België onvermijdelijk geworden, en zelfs een bittere noodzaak in deze tijden van budgettaire beperkingen. "Vroegere studies hadden al aangetoond dat het bestaan van zowel openbare als privéinstellingen de

kwaliteit en de financiële leefbaarheid van een zorgstelsel ten goede komt. Een gezonde mix waarbij de actoren elkaar aanvullen door concurrentie over de meerwaarde, is de efficiëntste manier om kwantitatieve en kwalitatieve doelstellingen te behalen. De markt

zijn werk laten doen, creëert net mogelijkheden in een context waar de middelen beperkt zijn."

En voor een gezonde concurrentie tussen de verschillende actoren, stelt Itinera drie voorwaarden: toezien op de kwaliteit, een transparant financieel beleid voeren en elke speler hetzelfde speelterrein bieden.

Vergrijzing als inkomstenbron

In het Waalse gewest vertegenwoordigt de commerciële privésector de helft van de rusthuisbedden. Deze situatie is duidelijk het gevolg van een politieke beslissing, die de deur geopend heeft voor de vermarkting van de zorg. Zo hebben grote groepen investeerders zich op de sector geworpen om er een business als een andere van te maken, waarbij ze de vergrijzing van de bevolking ten volle uitbuiten.

Deze toenemende privatisering van rust- en verzorgingstehuizen

kan sommigen misschien logisch lijken, maar anderen zijn daar niet mee akkoord. Dat is bv. zo voor Philippe Brach, die ACIS (Association Chrétienne des Institutions Sociales et de Santé) vertegenwoordigt in de vzw FIH (Fédération des Institutions Hospitalières) en aan het hoofd staat van twee rusthuizen in de buurt van Verviers.

"Het stoort me enorm dat overheidsmiddelen naar de financiering van commerciële initiatieven gaan, ook al ben ik ervan overtuigd dat er uitstekende privé-rusthuizen bestaan. Aan de andere kant: als je morgen het moratorium op de rusthuizen zou opheffen en we bedden zouden mogen openen zodat de instellingen met elkaar kunnen concurreren, dan zou elke sector

Uit een onderzoek van het Agentschap Zorg en Gezondheid bij 753 woon- en verzorgingscentra blijkt dat er geen kwaliteitsverschillen bestaan tussen de diensten van de drie soorten actoren in de Vlaamse gezondheidszorg.

gestimuleerd worden om zijn kwaliteitsniveau op te schroeven. Maar vandaag is het zo dat een rusthuis met een bezettingsgraad van 100 % niet noodzakelijk garant staat voor kwaliteit, net zo min als een rusthuis met een gloednieuwe infrastructuur.”

U zei privatisering?

Voor anderen in de ziekenhuiswereld is het dan weer te vroeg om te beweren dat België toegetreden is tot het privatiseringstijdperk. “Privégezondheidszorg van commerciële aard heeft een juridische structuur die noch die van een overheid, noch die van een vereniging zonder winstoogmerk is,” bevestigt Bruno Lefébure, algemeen administratief en financieel directeur van Chirec. “De artsen en het verzorgend personeel hebben dan geen enkele macht in de Algemene Vergadering of het Directiecomité. De winstuitkering aan de aandeelhouders gebeurt ofwel via een vastgoedkantoor dat eigenaar is van de infrastructuur, ofwel rechtstreeks via de toediening van verzorging.” In België zijn de gebouwen en het operationele beheer van ziekenhuizen in handen van de overheid of van een vzw (privévereniging). Er is geen winstuitkering aan aandeelhouders. “Zodra de aandeelhouders betaald worden op basis van de gebouwen of de verzorging of het geheel, spreken we over geprivatiseerde gezondheidszorg. Maar in ons land is die drempel nog niet overschreden. Er is dus geen sprake van privatisering van de gezondheidszorg,” volgens de directeur van Chirec.

“De bijdrage van de Belgen voor de gezondheidszorg loopt op tot 20%. Dat is veel, zeker in vergelijking onze noorderburen: in Nederland bedraagt dit aandeel slechts 6%.”

Daarnaast onderstreept hij het verschil tussen ziekenhuizen en rusthuizen. “Ziekenhuizen zijn in handen van privéverenigingen of de overheid. Maar de financiering is dezelfde, de regels zijn dezelfde, er zijn ereloonsupplementen in beide gevallen. Tot nu toe heeft nog niemand zijn gebouwen overgedragen aan een commercieel immobiliënkantoor. Rusthuizen daarentegen zijn al grotendeels overgeschakeld op een puur commercieel beheer. Ze herinvesteren hun volledige opbrengst niet in de instelling, in tegenstelling tot de ziekenhuizen. Sommige groepen, die een groot aantal rusthuizen beheren, keren aan hun aandeelhouders de winst op de zorgverlening uit.”

De politiek moet tussenkomen

Voor Bruno Lefébure is de privatisering van de ziekenhuizen nog niet voor morgen, hoewel volgens hem het gevaar reëel is dat privatisering er de komende jaren toch van zal komen. “De uitrusting moet vernieuwd worden. Maar het Waalse gewest kent niet langer systematisch een bankgarantie toe, en de banken financieren niet alle werven. En als die niet meer aan alle ziekenhuizen lenen, gaan we zeker naar een privatisering van de ziekenhuizen. Maar dat willen de ziekenhuizen helemaal niet! Het is de politiek die tot deze situatie geleid heeft,” voegt Bruno Lefébure er nog aan toe.

France Dammel

¹ Roadmap 2019: een kompas voor de volgende legislatuur – Hoofdstuk over geneeskundige verzorging voor ouderen, Itinera Institute, mei 2014.

² Naar een betere gezondheidszorg, Itinera Institute, 12 mei 2014.

Lifetech.brussels: duwtje in de rug om zin voor risico aan te moedigen

Ondernemingen die actief zijn in de gezondheidssector, kunnen rekenen op steun van de Brusselse overheid voor hun ontwikkeling. De cluster **lifetech.brussels** maakt deel uit van het Brussels agentschap voor ondernemingen (impulse.brussels) en bestaat uit alle actoren uit de biotechnologie, de farmaceutische sector en de medische technologie binnen het Brussels hoofdstedelijk Gewest. Deze steun moet **de zichtbaarheid van deze ondernemingen verhogen, de innovatie stimuleren, internationale partnerships bevorderen en vormen van synergie** tot stand brengen tussen de actoren van de sector. Lifetech.brussels bestaat uit niet minder dan 300 biotechnologische, farmaceutische en medische technologiebedrijven. Er zijn ook 3 universiteiten, 3.000 onderzoekers en 5 universitaire ziekenhuizen bij betrokken. De cluster biedt zijn leden niet alleen diverse diensten als ondersteuning voor de deelname aan internationale salons als Medica in Dusseldörf. Lifetech.brussels bevordert ook samenwerkingsverbanden en partnerships tussen actoren, meer bepaald tussen universiteiten en ondernemingen. Het is de bedoeling om schaalbesparingen te realiseren, toegang te krijgen tot nieuwe markten, kosten te verlagen en investeringen te delen.

www.lifetechbrussels.com



De Commissie Medische Ethiek buigt zich over 'gevoelige' kwesties

Wie in België een klinische studie wil opzetten om bv. de werking van geneesmiddelen te testen op proefpersonen, moet daarvoor eerst aankloppen bij de Commissie Medische Ethiek (CME) van een ziekenhuis. Deze commissie buigt zich over medisch-ethische kwesties en ondersteunt en adviseert het ziekenhuis hierin. In het UZ Brussel is Christel Vansteenkiste de coördinator van de CME. Zij vertelt waar de commissie zich zoal het hoofd over breekt en waarom hun verantwoordelijkheid soms loodzwaar is.

Waar houdt een Commissie Medische Ethiek zich voornamelijk mee bezig?

Christel Vansteenkiste - "Een dertigtal jaar geleden werd beslist dat elk ziekenhuis in België een ethische commissie moest oprichten om het te begeleiden en te adviseren over ethische aspecten van de ziekenhuiszorg. In 2004 is het zwaartepunt van de werking wat verschoven door de invoering van een nieuwe wet, die van de medische experimenten op mensen. Deze wet houdt onder andere in dat de CME erover moet waken dat deelnemers aan klinische studies beter beschermd zijn. België is het enige land waar mensen een beroep kunnen doen op een foutloze aansprakelijkheidsverzekering wanneer ze aan een studie deelnemen. Dat wil zeggen dat zij na afloop niet moeten kunnen aantonen dat er een fout is gebeurd om recht te hebben op een schadevergoeding, maar dat de arts wel moet kunnen aantonen dat er géén fout is gebeurd. Daarnaast moeten ze schriftelijk en volledig geïnformeerd worden over de studie, zodat ze precies weten waaraan ze beginnen. De werking van de CME is momenteel voor 80% gewijd aan het beoordelen van studies en het nakijken van de informatie- en toestemmingsformulieren voor de deelnemers."

Wie is er dan uiteindelijk verantwoordelijk voor een studie: de onderzoeker, het ziekenhuis of de CME?

C.V.: "Tien jaar geleden was er een schadegeval in een klinische studie. Een proefpersoon die nadelige gevolgen van het onderzoek ondervond, diende klacht in en de rechtbank oordeelde in zijn voordeel. De rechter legde uiteindelijk drie vierde van de aansprakelijkheid ten laste van het ziekenhuis – dat verantwoordelijk is voor de commissie – en slechts één vierde ten laste van de onderzoeker. Hij was namelijk van oordeel dat de CME had moeten weten dat het risico te groot was voor de deelnemers. De commissieleden dragen dus een erg zware verantwoordelijkheid: elk onderzoek wordt van naaldje tot draadje bestudeerd alvorens het plaatsvindt in een ziekenhuis. De relevantie, het opzet, de risico's, de motivering, de eventuele vergoeding, de geschiktheid van de faciliteiten, ...: alle aspecten worden beoordeeld vooraleer er een goedkeuring komt. Zo waakt de commissie er bv. over of de vergoeding die de arts krijgt per patiënt om deze aan een studie te laten deelnemen, in overeenstemming is met de taken die hij ervoor moet uitvoeren."

Ervaren de CME's soms druk van buitenaf? Van andere ziekenhuizen bijvoorbeeld?

C.V.: "Nee, elke commissie werkt volledig onafhankelijk en volgt de ethische overtuigingen van 'haar' ziekenhuis. Het komt dus al eens voor dat de CME's in België verschillende adviezen hebben. Zo is er recent in de media een discussie gevoerd over de ethische implicaties van het invriezen van een deel van de eierstokken. De commissies van de universitaire ziekenhuizen verschillen hierover van mening. Ethiek is geen exacte wetenschap, bij zulke kwesties hangt er veel af van de achtergrond van het ziekenhuis en de interpretatie van de wetgeving. Maar daar is ook respect voor vanuit andere ziekenhuizen. Elk trimester komen de 22 erkende CME's van België samen om dossiers te bespreken en ervaringen te delen. Ook het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) is aanwezig op deze vergaderingen."

U zei daarnet dat 80% van de werking van de CME gewijd is aan klinische studies. Hoe zit het met de overige 20%?

C.V.: "Die overige 20% wordt besteed aan andere ethische kwesties in het ziekenhuis. Aangezien dat oorspronkelijk de volledige tijdsbesteding van de commissie was, hebben we hiervoor hulp moeten inschakelen. Het UZ Brussel heeft daarom een reflectiegroep opgericht die ethische vragen bestudeert en een soort 'vooradvies' voorlegt aan de CME. Op basis hiervan formuleert de commissie uiteindelijk het volledige advies. Zo heeft de commissie zich ooit moeten buigen over de vraag van een patiënt die leed aan 'Body Integrity Identity Disorder'. Dat is een aandoening waarbij patiënten een eigen lidmaat willen afstoten omdat ze het als 'niet van zichzelf' ervaren. Dat lijkt misschien een uitgemaakte zaak, maar we hebben die kwestie zeker niet zomaar naast ons neergelegd. Niet alleen omdat we hier te maken hebben met een psychiatrische aandoening, maar ook omdat het heel vaak gebeurt dat de patiënt het anders misschien zelf probeert, met alle gevolgen van dien. Deze vraag is dus zeer ernstig genomen en er is een grondige discussie over gevoerd."

Hoe bindend zijn de adviezen van de CME?

C.V.: "Er zijn adviezen die we echt kunnen opleggen aan de zorgverstrekkers, maar sommige aanbevelingen zijn eerder richtlijnen. Zoals ik daarnet al zei, hebben ethische vragen niet altijd een sluitend antwoord. De commissie probeert ook zoveel mogelijk rekening te houden met bv. religie of achtergrond. Zo bestaat er in Afrikaanse middelen nog altijd een groot taboe rond aids en zijn er mannen die niet weten dat hun vrouw besmet is. Als er in zo'n situatie een kindje geboren wordt, moet het ziekenhuis natuurlijk onmiddellijk een behandeling opstarten. Maar als de mannelijke partner niet weet dat zijn vrouw positief is, moet de

verpleegster die medicatie kunnen verantwoorden. Het zomaar vertellen tegen de man is niet zonder risico, want die vrouw zou misschien volledig verstoten worden in haar gemeenschap... Dan kan de commissie, na uitgebreid overleg, een paar richtlijnen opstellen voor soortgelijke situaties."

Speelt onze multiculturele maatschappij vaak een rol bij ethische kwesties?

C.V.: "Dat zou je misschien denken, maar het gaat bijna altijd opnieuw om de standaardthema's: het begin van het leven, het einde van het leven, genetica, transplantatie... Je zou verwachten dat die adviezen nu toch al vastgelegd zouden zijn, maar dat zijn zaken waar nog steeds over gediscussieerd wordt. En niet alleen vanuit verschillende religies, maar ook in het algemeen. Omdat de omstandigheden altijd anders zijn, moeten we onze kijk ook steeds bijsturen. Zo heeft de CME onlangs, naar aanleiding van een geïnterneerde die euthanasie aanvraagde, een studie goedgekeurd om te kijken in welke zin het psychisch lijden van geïnterneerden ondragelijk is. Dit om eventuele latere discussies met meer voorkennis te kunnen voeren. Het zijn dus soms zware thema's die aan bod komen en de CME draagt zo'n grote verantwoordelijkheid hierin dat ze zich altijd het hoofd zal blijven breken over elke individuele ethische vraag."



Interview door **Hellen Smeets**
hellen.smeets@mloz.be

Een multidisciplinair team

Om een weloverwogen oordeel te vormen, zijn er deskundige meningen uit verschillende hoeken nodig. Wie zetelt er allemaal in een CME?

"Een commissie bestaat uiteraard uit enkele geneesheer-specialisten, waaronder verplicht een pediatr", vertelt Christel Vansteenkiste. "Maar: ook professoren, juristen, huisartsen, apothekers, verpleegkundigen, ervaringsdeskundigen en sinds kort ook psychologen maken deel uit van het team. De artsen moeten voorgedragen worden door de medische raad, de professoren door de decaan van de universiteit. Samen steken ze twee keer per maand de koppen bij elkaar om adviezen te formuleren. Soms wordt er ook een bijkomend extern advies gevraagd aan een deskundige alvorens ze tot een besluit komen. Bij een studie-aanvraag zijn er twee mogelijkheden: ofwel wordt het onderzoek dadelijk goedgekeurd, ofwel komt er een voorlopig advies met eventuele suggesties of de vraag om aanpassingen te doen."



Alcohol en tabak: beschermt een verbod onze gezondheid?

Rond 1920 voerden de Verenigde Staten een alcoholverbod in. Dat bleek een mislukking over de hele lijn. Vandaag de dag lijkt het utopisch om het gebruik van een bepaalde drug volledig te voorkomen. Nochtans lijken enkele specifieke maatregelen toch hun vruchten af te werpen. Moeten die dan niet uitgebreid worden? Twee experts laten hun licht schijnen over deze kwestie: Dr. Vincent Lustygier, psychiater-tabacoloog in het Brugmannziekenhuis, en Martin de Duve, directeur van de vzw Univers Santé.

Op de werkvloer, in het openbaar vervoer en in horecazaken: sigaretten zijn de laatste jaren geleidelijk aan verbannen op openbare plaatsen. Het voornaamste doel: de bevolking beschermen tegen de schadelijke gevolgen van tabaksrook. Onze Franse burens staan op het punt om nog een stap verder te gaan door roken in de wagen in aanwezigheid van kinderen onder de 12 jaar te verbieden. Een maatregel die nog vóór de invoering voor heel wat ophef zorgde: veel rokers beschouwen hun wagen namelijk als een privéplek waar ze vrij zijn om te doen wat ze willen. Volgens de Stichting tegen Kanker zou 67% van de Belgen voorstander zijn van zo'n maatregel. Het kan geen toeval zijn dat volgens de laatste gezondheidsenquête het aantal rokers blijft dalen: in 1997 ging het om 30%, in 2001 om 29% en in 2013 om 23%. "Wat het passief roken betreft, heeft het rookverbod in restaurants en bars duidelijk een positief effect gehad", verklaart Dr. Lustygier, psychiater en tabacoloog in het Brugmannziekenhuis. "Twee recente studies, een in Frankrijk en een in Italië, onderzochten het aantal hartinfarcten bij niet-rokers op het moment waarop deze 2 landen

overgegaan zijn tot een rookverbod in restaurants en bars. In Frankrijk was het aantal infarcten met 25% gedaald. Een duidelijk bewijs dat passief roken wel degelijk een invloed heeft op de gezondheid van niet-rokers die in contact komen met rokers."

Stimulerende en beperkende maatregelen

Als de beperkende maatregelen rond roken dan toch zo'n positieve invloed gehad hebben op de gezondheid van niet-rokers, waarom ze dan niet uitbreiden? "Eén enkele gezondheidsmaatregel, of die nu beperkend is of niet, heeft geen zin", zegt Vincent Lustygier. "Er is een combinatie van stimulerende en beperkende maatregelen nodig om een impact te kunnen hebben op de consumptie van sigaretten bij de ganse bevolking. Verbodsmaatregelen zijn noodzakelijk, maar ze moeten deel uitmaken van een wettelijk, strikt kader op vlak van consumptie van producten: de verkoop met heel specifieke voorwaarden beperken, de prijzen belasten, het aantal plaatsen beperken waar de producten verbruikt mo-

gen worden, reclame verbieden,... En de bevolking moet uiteraard voldoende geïnformeerd worden.” Martin de Duve, directeur van de vzw Univers Santé, is het hiermee eens: “We moeten in de eerste plaats energie steken in educatie, sensibilisering, gezondheidspromotie en risicobeperking. Die aanpak werkt het best op middellange en lange termijn. Onze politici klinkt dat natuurlijk niet zo verleidelijk in de oren: ze willen op korte termijn resultaat zien. Wie dit wel goed begrepen heeft, is de reclamewereld: zij werken op lange termijn.”

Consumenten met kennis van zaken

Naast tabak staat overdadig alcoholgebruik ook hoog op de agenda van de nationale overheid. In het oorspronkelijke alcoholplan, dat eind 2013 in het water viel, was sprake van een debat over het verbod op reclame en de verkoop van alcohol in benzinestations en andere etablissementen langs de autowegen. Deze beperkende maatregelen werden al snel verworpen, net als later ook de afgezwakte versie van het plan.

Volgens de vzw Univers Santé is, naast preventie, een verbod op alcoholreclame nochtans noodzakelijk. “Reclame heeft een grote invloed op onze manier van denken”, legt Martin de Duve uit. “Een feestje zonder alcohol is ondenkbaar en een voetbalmatch zonder een biertje in de hand, is bijna heiligschennis... Allemaal de invloed van reclame. We hebben geen enkel probleem met het product. Bij Univers Santé zijn we zelfs eerder tegen verbodsmaatregelen, maar we moeten wel nadenken over hoe de consument beter geïnformeerde keuzes kan maken. Daarom lijkt het ons geen slecht idee om alle reclame voor psychotrope producten te schrappen. Het is vandaag ondenkbaar om reclame te maken

voor sigaretten. Voor cannabis of cocaïne lijkt het al helemaal absurd. Waarom bestaat er dan nog reclame voor alcohol? Is het normaal dat commerciële praktijken die aanzetten tot overconsumptie nog altijd bestaan?”

Onze culturele drug

Zolang we ons kunnen herinneren, maakt alcohol deel uit van ons leven: denk maar aan Dionysos in Griekenland en Bacchus in Rome. Een glaasje drinken zit ingebakken in onze sociale normen, menselijke relaties, sociale contacten, cultuur,... Alcohol mag dan minder giftig zijn dan sigaretten, de toename van het aantal consumenten en de hoeveelheid geconsumeerde alcohol is, zeker bij jongeren, verontrustend. “Maar liefst 85% van de bevolking drinkt alcohol, waarmee het de meest geconsumeerde psychotroop is”, legt Martin de Duve uit. “De kostprijs op sociaal en gezondheidsvlak bedraagt bijna 6 miljard euro. De staat verdient ook geld met de verkoop van alcohol: ongeveer 1,3 miljard euro.

Dat betekent dat voor elke euro die de staat wint met de verkoop van alcohol, hij er later 5 verliest!” De reglementering binnen dit domein zit voorlopig muurvast. De zeer krachtige drankenlobby zit daar zeker voor iets tussen, maar er is meer. “Alcohol is onze culturele drug bij uitstek. Bij al onze gezellige momenten, feesten,...hoort een glaasje. Alcohol op zich vormt geen probleem. Het is de overconsumptie die problematisch is. De factoren elimineren die leiden tot overconsumptie zou alcohol weer op zijn juiste plaats kunnen zetten.”



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Het aantal rokers blijft dalen: in 1997 ging het nog om 30%, in 2001 om 29% en in 2013 om 23%.

Jongeren, de beste doelgroep

Sigaretten- en alcoholverkopers hebben het goed begrepen: jongeren vormen de ideale doelgroep om hun producten aan te slijten. Nu reclame voor sigaretten verleden tijd is, investeren ze miljarden euro's om alcohol aan jongeren te verkopen. “Alcoholfabrikanten halen tegenwoordig dezelfde trucs boven als de sigarettenindustrie: ze ontwikkelden specifieke producten speciaal voor jongeren, zoals alcoholpops en heel zoete alcohol drankjes. Jongeren vormen namelijk een gemakkelijkere prooi, ze zullen sneller iets beginnen te drinken en minder rekening houden met de risico's”, voegt Dr. Lustygier eraan toe. “De kosten/batenverhouding qua consumptie is bij jongeren anders dan bij volwassenen. De beste optie zou zijn om de consumptie bij jongeren heel vroeg aan te pakken. De consumptie van psychotrope producten zou verboden moeten worden tot 19 jaar, de leeftijd waarop je met kennis van zaken kunt handelen.”



Man, jong, ongehuwd, zelfstandig en Brusselaar

7% van de Belgen brengen nooit een bezoek aan de dokter of tandarts, laten geen medische onderzoeken uitvoeren, gaan nooit naar het ziekenhuis, ... We noemen hen de 'niet-gebruikers van geneeskundige verzorging'. Wat zijn hun kenmerken? Verkeren ze echt in goede gezondheid? Dat wilden de Onafhankelijke Ziekenfondsen uitzoeken in een studie die tot op vandaag nog nooit was uitgevoerd.

De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over de **concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging**¹ toonde aan dat een niet te verwaarlozen deel van hun 2 miljoen leden geen enkele terugbetaling voor geneeskundige verzorging ontvangen heeft in 2010. We kunnen aannemen dat zij in goede gezondheid verkeren... maar er zijn nog verklaringen mogelijk.

Welk profiel hebben deze niet-gebruikers van geneeskundige verzorging?

De bestudeerde groep bestaat uit de personen die zonder onderbreking aangesloten waren bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010 (365 dagen) en voor wie geen enkele terugbetaalde uitgave voor geneeskundige verzorging geregistreerd werd tijdens dat jaar² (overleden personen en

pasgeborenen meegerekend). In totaal gaat het om **133.738 leden, dat is ongeveer 7% van de totale bestudeerde populatie.**

Dankzij de beschrijvende analyse hebben we het typische profiel van deze groep van niet-gebruikers kunnen achterhalen. De gemiddelde leeftijd is duidelijk lager dan bij de totale populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: **32 jaar bij de niet-gebruikers, tegenover 38 jaar bij de totale populatie.**

Bij de groep van de niet-gebruikers treffen we verhoudingsgewijs meer individuen aan in de leeftijdsgroep van 20-40 jaar, en minder individuen vanaf de leeftijdsgroep van 60 jaar.

De mannen zijn oververtegenwoordigd bij de niet-gebruikers: 68% tegenover slechts 49% bij de totale populatie. Deze observatie geldt voor eender welke leeftijdsgroep.

Het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV)

werd beschouwd als een indicator van de sociaaleconomische situatie van de individuen. Het percentage van de rechthebbenden op RVV bedraagt 12% bij de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en 10% bij de niet-gebruikers van verzorging. Het geringe aandeel van de RVV's bij de niet-gebruikers lijkt erop te wijzen dat dit statuut bijdraagt tot de toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging.

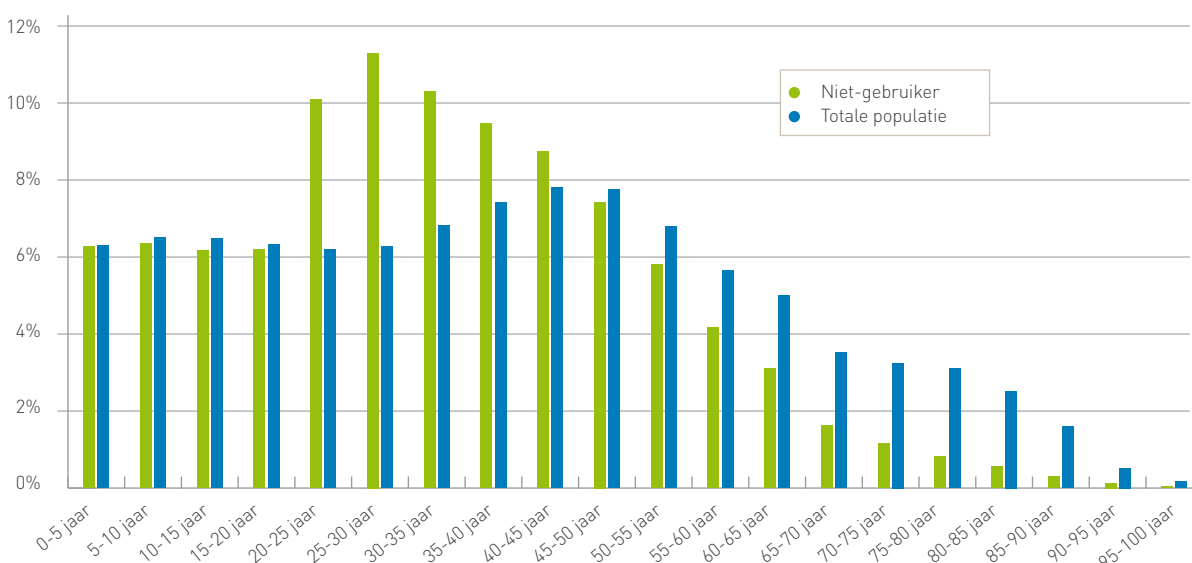
Ongehuwd, zelfstandig en Brussels

De burgerlijke stand is een indicator van de gezinstoestand van het individu. Al moeten we die met een korrel zout nemen, want het is altijd mogelijk dat een weduwe of ongehuwde persoon toch niet alleen is.

Als we kijken naar de twee meest voorkomende situaties (ongehuwd/gehuwd), zie tabel 1, stellen

¹ www.mloz.be/studies

² Verzekerden die in de loop van het jaar overgestapt zijn naar andere verzekeringsinstellingen of die zich pas aangesloten hebben tijdens het jaar (pasgeborenen uitgezonderd), mensen ouder dan 100 jaar, leden met een internationaal verdrag en individuen die hun woonplaats in het buitenland hebben, werden uitgesloten (die laatste omdat hun terugbetalingen niet passeren via de verzekeringsinstellingen).



we vast dat de **ongehuwde personen verhoudingsgewijs sterker aanwezig zijn bij de niet-gebruikers dan in de totale populatie**.

Bij wie gehuwd is, lijkt de kans dus kleiner dat hij of zij geen gebruik zal maken van geneeskundige verzorging.

Zelfstandigen doen minder een beroep op geneeskundige verzorging en onze studie bevestigt dat. Het aandeel van de zelfstandigen bij de niet-gebruikers bedraagt 24%, terwijl ze slechts 15% vertegenwoordigen van de totale populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Uit de sociale situatie van de gerechtigden en hun gezin kunnen we afleiden dat het aandeel van de actieve arbeider hoger is bij de niet-gebruikers dan in de totale populatie. Het omgekeerde fenomeen doet zich voor bij de actieve bedienden.

Wie woont in Brussel, heeft meer kans om een **niet-gebruiker van verzorging te zijn, vergeleken met de twee andere gewesten**. 1 op de 3 niet-gebruikers is namelijk woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (tabel 2), terwijl de Brusselaars slechts een vijfde vertegenwoordigen van de totale populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Is dit niet-gebruik van geneeskundige verzorging gebruikelijk of een geïsoleerd feit?

Om deze vraag te beantwoorden, zijn we gaan kijken naar de uitgaven voor geneeskundige verzorging van onze niet-gebruikers gedurende 5 jaar (tussen 2008 en 2012), dus 2 jaar vóór en na het referentiejaar 2010. Het resultaat: van de niet-gebruikers van verzorging in 2010 heeft 17% (22.185 personen) gedurende 5 opeenvolgende jaren geen enkele terugbetaling voor geneeskundige verzorging ontvangen. Binnen de totale populatie komt dat neer op **1 op de 100 personen die gedurende 5 jaar geen beroep doen op geneeskundige verzorging**.

Bij de individuen met minstens één terugbetaling tijdens een van de 5 geobserveerde jaren, blijkt 21% elk jaar een beroep te hebben gedaan op geneeskundige verzorging (behalve in 2010), terwijl 13% enkel een beroep heeft gedaan op verzorging tijdens de 2 jaar na 2010.

Wat zijn nu de elementen die de niet-gebruikers van geneeskundige verzorging tijdens de volledige periode van 5 jaar (2008-2012) onderscheiden van de individuen die minstens één keer een beroep hebben gedaan op verzorging in die periode (behalve in 2010)?

De individuen die geen gebruik gemaakt hebben van verzorging gedurende 5 jaar, zijn gemiddeld 4 jaar ouder dan de individuen die minstens één keer gebruik

Tabel 1

Verdeling van de niet-gebruikers van geneeskundige verzorging en van de totale populatie MLOZ

Burgerlijke staat	Niet-gebruiker	Totale populatie
Ongehuwd	59,2%	47,1%
Gescheiden/gescheiden wonend	7,0%	8,4%
Gehuwd	29,2%	38,5%
Weduwe/weduwnaar	1,9%	5,5%
Andere	2,7%	0,4%
Totaal	100%	100%

gemaakt hebben van verzorging (tabel 3). De verdeling volgens het geslacht is vergelijkbaar tussen die 2 deelpopulaties: het aandeel van de mannen bedraagt 68% in alle leeftijdsgroepen.

De vaststelling dat gehuwd zijn de kansen vergroot om gebruik te maken van geneeskundige verzorging wordt bevestigd. Het percentage van de gehuwde individuen is kleiner in de deelpopulatie van de individuen die geen beroep hebben gedaan op verzorging tijdens de volledige periode van 5 jaar.

Van de personen die gedurende 5 jaar geen beroep hebben gedaan op geneeskundige verzorging, is 33% zelfstandige, dat is dus meer dan het vastgestelde percentage in 2010 (24%).

In Brussel is het aandeel van de niet-gebruikers verhoudingsgewijs groter dan bij de totale populatie en het is nog hoger bij de niet-gebruikers in de volledige bestudeerde periode van 5 jaar.

Verschillende factoren

Een multivariate analyse heeft het mogelijk gemaakt om de factoren aan het licht te brengen die een significante invloed hebben op het niet-gebruik van geneeskundige verzorging in de 5 bestudeerde jaren: de leeftijd, het geslacht, de burgerlijke stand, het stelsel (algemeen/zelfstandig), het RVV-statuut, het soort lid (gerechtigde of persoon ten laste), de verstedelijkingsgraad en de hoogte en de verdeling van de inkomsten in de woonstad van de individuen.

Tabel 2

Spreiding van de niet-gebruikers van geneeskundige verzorging en van de totale populatie MLOZ naargelang de woonplaats (in 2010)

Woonplaats (gewest)	Niet-gebruiker	Totale populatie
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	33,1%	20,5%
Vlaanderen	35,5%	41,4%
Wallonië	31,4%	38,1%
Totaal	100,0%	100,0%

Sommige factoren verhogen de kans dat iemand geen beroep zal doen op geneeskundige verzorging, terwijl andere factoren die kans dan weer verlagen.

Ter samenvatting: bij gelijke kenmerken is dit het typische profiel van een niet-gebruiker van geneeskundige verzorging:

- **hij is een man:** 2 keer meer kans dan bij een vrouw
- **hij is tussen de 20 en 40 jaar oud**
- **hij is alleenstaand** (ongehuwd of weduwnaar): 60% meer kans dan een gehuwde
- **hij is zelfstandige:** 2 keer meer kans dan bij personen uit de algemene regeling
- **hij is geen rechthebbende op het RVV-statuut:** 50% meer kans
- **hij is persoon ten laste:** 40% meer kans
- **hij woont in een grote agglomeratie:** 80% meer kans
- **hij woont in een gemeente met een laag mediaaninkomen**
- **hij woont in een gemeente met zeer uiteenlopende inkomens**

Conclusies

7% van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen kreeg in 2010 geen enkele terugbetaling voor geneeskundige verzorging. 1 op de 6 kreeg zelfs niets terugbetaald gedurende 5 opeenvolgende jaren (2008 tot 2012).

De persoon met het meest kans om geen beroep te doen op geneeskundige verzorging is dus een **jonge ongehuwde man met een activiteit als zelfstandige die in Brussel woont**.

Hebben mensen met dit profiel meer kans hebben om gezond te zijn... en doen ze daarom geen beroep op geneeskundige verzorging? **Niet noodzakelijk! Deze personen zijn misschien niet ziek, maar ze doen ook niet aan terugbetaalde preventie:** geen controlebezoek bij de tandarts, geen vaccins, enz. Dit gedrag kan op lange termijn een invloed hebben op hun gezondheidstoestand en op de kosten voor de gezondheidszorg.



Vanessa Vanrillaer, Güngör Karakaya, Ingrid Umbach

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Tabel 3

Verdeling volgens de leeftijdsgroep van de niet-gebruikers van geneeskundige verzorging in de periode 2008-2012 (met en zonder onderbreking)

		Aantal	Gemiddelde [IC 95%]	5de centiel	10de centiel	25ste centiel	Mediaan (50ste centiel)	75ste centiel	90ste centiel	95ste centiel
Niet-gebruiker van geneeskundige verzorging in 2010	Niet-gebruiker tijdens de volledige periode 2008-2012	22.185	35,9 [35,6-36,1]	5	12	24	34	47	61	69
	Niet-gebruiker, maar met onderbrekingen in de periode 2008-2012	111.553	31,6 [31,5-31,7]	3	7	18	30	44	56	63

Onze studies in een notendop

De Dienst Studies & Strategie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen pakt meerdere keren per jaar uit met studies en analyses over de consumptie van geneeskundige verzorging. Het doel: de evolutie van de sector opvolgen, samen met de impact ervan op het stelsel van de gezondheidszorg, de zorgverleners en de patiënt. Enkele opmerkelijke cijfers uit de laatste studies!



Twee keer zoveel vrouwen als mannen ondergaan een **chirurgische verwijdering van de galblaas**.

Ziekenhuiskosten van de cholecystectomie

De terugbetalingen voor **457.930**

chronisch zieken die aangesloten zijn bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen (23% van het totale aantal leden), vertegenwoordigen 64% van de totale terugbetalingen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Concentratie van de uitgaven voor de gezondheidszorg



25%

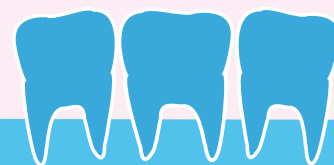
van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is in 5 jaar tijd geen enkele keer naar de tandarts gegaan, terwijl 31% elk jaar een bezoek bracht aan de tandarts (of toch minstens 4 van de 5 jaar).

De kostprijs van tandzorg voor de verplichte verzekering en voor de patiënt



“Bij **cataractchirurgie** menen de Onafhankelijke Ziekenfondsen dat anesthesie door de oogarts zelf gestimuleerd zou moeten worden. Daar bestaat een specifieke nomenclatuurcode voor, maar blijkbaar wordt de anesthesie altijd uitgevoerd door een anesthesist als de patiënt opgenomen is in het ziekenhuis.”

Het kostenplaatje van cataractchirurgie



Een **parodontologische behandeling** kost gemiddeld 377 euro. Voor 10% van de patiënten is dat echter meer dan 850 euro als er geen tegemoetkoming is vanuit de verplichte verzekering.

De kostprijs van tandzorg voor de verplichte verzekering en voor de patiënt

Alzheimerpatiënten in een instelling ‘kosten’ gemiddeld 3 keer meer dan Alzheimerpatiënten die thuis wonen. In 2012 gaf het RIZIV gemiddeld 18.000 euro uit per patiënt in een instelling, tegenover 6.000 euro voor een thuiswonende patiënt. Tussen 2006 en 2012 zijn deze kosten gestegen met 4.500 euro per persoon in een instelling en met slechts 1.500 euro per thuiswonende patiënt.

Ziekte van Alzheimer: impact van de beperkingsmaatregelen van de terugbetaling van geneesmiddelen



Ontdek al onze studies op www.mloz.be

Door **Stéphanie Brisson** - stephanie.brisson@mloz.be

Diabetes type 2: betere behandelingsresultaten dankzij telecoaching

Telecoaching bij mensen met diabetes type 2 heeft een positieve impact op belangrijke risicofactoren als de bloedsuikerwaarden, het cholesterolgehalte en het gewicht. Dat blijkt uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, in samenwerking met de KU Leuven en de UGent. De Onafhankelijke Ziekenfondsen ijveren er dan ook voor om op basis van de ervaringen met 'COACH' samen met andere actoren in de sector op zoek te gaan naar een duurzaam organisatie – en financieringsmodel voor de ondersteuning van de chronisch zieken.

Wereldwijd lijden maar liefst 382 miljoen mensen aan diabetes type 2. Het bereiken en behouden van de aanbevolen streefwaarden kan de ontwikkeling van complicaties aanzienlijk verminderen, maar ondanks de vooruitgang in diagnostiek en medicamenteuze therapieën, bereikt de helft van de patiënten nog steeds zijn behandelingsdoelen niet. De nadruk moet dan ook meer komen te liggen op een beter self-management van diabetes type 2.

In dat kader wezen verschillende studies al uit dat patiënten-educatie een van de doeltreffendste methodes is om diabetes onder controle te houden. Bovendien toonde een analyse van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, in samenwerking met de KU Leuven en de UGent, aan dat dergelijke begeleidingsprogramma's kosteneffectief zijn op lange termijn. Telefonische coaching door paramedici is een mogelijke optie, maar slechts weinig van die programma's stoelen op een bewezen meerwaarde. Om die meerwaarde na te gaan, gingen de Onafhankelijke Ziekenfondsen in een nieuwe studie op zoek naar een evidence based-telecoachingprogramma met transparante processen. Het 'COACH'-programma beantwoordde aan de selectie-criteria en onze studie leverde positieve resultaten op.

Wat is het 'COACH'-programma?

Dit telecoachingprogramma werd ontwikkeld aan de Universiteit van Melbourne en was oorspronkelijk bedoeld om de risicofactoren bij coronaire hartziekten te verbeteren en het aantal ziekenhuisopnames te verminderen. Tijdens de afgelopen 17 jaar werd het echter

uitgebreid naar een 10-tal andere chronische aandoeningen, waaronder diabetes type 2.

Met concreet evidence based-advies ondersteunt dit programma de patiënt bij het bereiken en behouden van zijn behandelingsdoelen. Concreet gaat het om 5 telefonische sessies van ongeveer 30 minuten om de 4 à 5 weken. De coaches van dienst zijn verpleegkundigen of diëtisten die een bijko-

mende opleiding achter de rug hebben. Tijdens de eerste sessie analyseert de coach het risicoprofiel van de patiënt op basis van relevante actuele informatie: leeftijd, BMI, bloedwaarden, comorbiditeiten, leefstijl, ... Daarna peilt hij naar de kennis van de patiënt over diens behandelingsdoelen en de manier waarop hij zijn ziekte managet.

Het principe van patient empowerment staat centraal bij het 'COACH'-programma. In begrijpelijke taal moedigt de coach de patiënt aan om zijn streefwaarden te bereiken rond bloeddruk, bloedglucose,

In begrijpelijke taal moedigt de coach de patiënt aan om zijn streefwaarden te bereiken rond bloeddruk, bloedglucose, gewichtsverlies, ... Dat kan middels een aanpassing van de levensstijl, maar ook via een aanpassing van de medicatie in overleg met de huisarts.



Telecoaching, een piste voor een betere therapietrouw?

gewichtsverlies, ... Dat kan middels een aanpassing van de levensstijl, maar ook via een aanpassing van de medicatie in overleg met de huisarts. Tijdens iedere sessie spreken coach en patiënt ook een concreet actieplan af voor de komende maand. Om duidelijk en transparant te werk te gaan, stuurt de coach achteraf nog een samenvatting van het gesprek en de besproken actiepunten door naar de patiënt en zijn behandelende arts.

Opzet van de studie

Om te peilen naar de meerwaarde van dit programma, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen, in samenwerking met de KU Leuven en de UGent, een klinische studie uitgevoerd bij 574 leden van Partena Ziekenfonds met diabetes type 2. De deelnemers werden onderverdeeld in 2 groepen. Eén groep nam deel aan het 'COACH'-programma en de andere diende als controlegroep.

In de voorbereidingsfase werd de inhoud van het programma getoetst aan de recentste aanbevelingen rond diabetes management, waarna de coaches van dienst (educatoren van de thuisorganisatie Solidariteit voor het Gezin) een week lang opleiding kregen rond het programma.

Tijdens de studie keken we in eerste instantie naar het effect van het programma op glycohemoglobine (HbA1c). Dat is een maatstaf voor de hoeveelheid suiker in de rode bloedcellen. Daarna analyseerden we ook de impact op cholesterol, bloeddruk en Body Mass Index (BMI). Verpleegkundigen hebben al deze gegevens verzameld tijdens huisbezoeken en ze werden vervolgens geanalyseerd in één labo.

Positieve resultaten

De studie toonde aan dat het 'COACH-programma' wel degelijk haar vruchten afwerpt. De telecoaching-groep scoorde significant beter dan de controlegroep op vlak van HbA1c, BMI en totale cholesterol. **Het aantal patiënten die hun behandelingsdoelen voor de 4 belangrijke risicofactoren** (HbA1c, 'slechte' cholesterol, systolische en diastolische bloeddruk) bereikten, **steeg in de telecoachinggroep met 8,5%**. In de controlegroep stelden we dan weer een daling vast van 1,6%.

Bovendien toonde een enquête aan dat maar liefst 97,5% van de mensen uit de telecoachinggroep tevreden waren over het programma. Daarbij gaf 92,1% ook aan dat ze de telefoon een geschikt medium vonden om te communiceren met hun coach.

Conclusies en aanbevelingen

De studie toonde duidelijk aan dat het COACH-programma voor betere behandelingsresultaten zorgt bij mensen met diabetes type 2. Het is daarmee het eerste programma rond telecoaching dat doeltreffend blijkt bij verschillende chronische ziektes.

Verder onderzoek moet zich nu richten op een nog grondigere analyse van de kosteneffectiviteit. Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen zal het programma vrij snel kostenbesparend zijn voor mensen met cardiovasculaire ziektes vanwege het voorkomen van ziekenhuisopnames. Ook bij diabetes type 2 zal het programma volgens ons kosteneffectief blijken te zijn, maar dan op langere termijn.

De exploratie van nieuwe vormen van empowerment en coaching voor chronisch zieken is een prioriteit in ons land. De Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen dan ook voor om op basis van de ervaringen met 'COACH' samen met andere actoren in de sector op zoek te gaan naar een duurzaam organisatie – en financieringsmodel voor de ondersteuning van mensen met chronische aandoeningen.

Ter info: een wetenschappelijke publicatie van de studieresultaten is momenteel in voorbereiding.



Irina Odnoletkova

Verantwoordelijke Innovatie
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



www.mloz.be/studies

We danken Partena Ziekenfonds, Solidariteit voor het Gezin, Tabakstop, Diabetes Liga, Domus Medica, BVAS, EFRO-Vlaanderen, MSD en Abbott voor hun steun bij de realisatie van deze studie.



Echelonnering

Hoe administratieve rompslomp de patiënt geld kost

Het bezoek aan sommige specialisten is duurder geworden voor de patiënt. Nochtans bestaat er een oude maatregel (2007) die tot doel had om de prijs bij de specialist te verlagen na een doorverwijzing door de huisarts. Maar werkt die maatregel? Uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat slechts 1 op de 100 patiënten deze korting geniet, terwijl iedereen ervoor in aanmerking komt!

Sinds 1 januari 2015 geldt bij de specialisten een vast remgeld, een maatregel die zorgt voor een stijging van de remgelden bij de meest gebruikelijke specialiteiten. De impact is groter bij de gewone verzekerden (niet-RVV): zij betalen enkele euro's meer voor een raadpleging bij de specialist. Maar blijft de toegang tot gespecialiseerde zorg in ons land wel verzekerd op die manier? Om die vraag te beantwoorden, gingen de Onafhankelijke Ziekenfondsen na of een oude maatregel rond de raadpleging van een specialist wel zijn doel bereikt.

Deze maatregel uit 2007 houdt in dat de patiënt een hogere terugbetaling krijgt voor zijn eerste bezoek aan een specialist als hij is doorverwezen door zijn huisarts. Als dat bezoek geattesteerd werd, daalt het remgeld voor de patiënt

met 5 euro voor een gewone verzekerde en met 2 euro voor een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (RVV). Kortom, een maatregel die de echelonnering van de zorg bevordert!

Hoe krijgt de patiënt die remgeldvermindering?

Om aanspraak te maken op die verlaging van het remgeld, moet de patiënt een globaal medisch dossier (GMD) hebben bij zijn huisarts. De korting geldt één keer per jaar en per specialiteit.

De korting wordt niet automatisch toegekend. Er geldt een strikte procedure om er recht op te hebben:

1. De huisarts overhandigt de patiënt een 'document voor de doorverwijzing naar een specialist', waarop hij de specialiteit vermeldt.

2. De patiënt moet dit 'doorverwijzingsdocument' dan voorleggen aan de specialist.
3. De patiënt moet het getuigschrift voor verstrekte hulp, afgeleverd door de specialist, én het 'doorverwijzingsdocument' bezorgen aan zijn ziekenfonds.

En in de praktijk?

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben de raadplegingen van hun 2 miljoen leden (in 2013) geanalyseerd. Tot hun grote verbazing hebben ze vastgesteld dat slechts 8.642 personen die een van de betrokken specialisten geraadpleegd hebben (zie kader), ook echt een korting gekregen hebben op hun remgeld. Het gaat dus om amper 0,7% van de patiënten (Tabel 1). 22% daarvan genoot de maatregel voor 2 of meer specialiteiten.

Tabel 1

Aantal verschillende specialiteiten, waarvoor de patiënt een verlaagd remgeld genoten heeft

	Aantal patiënten	Verdeling in percentage
0= niemand heeft een remgeldverlaging genoten	1.247.458	99,31
1= remgeldverlaging bij 1 specialist	6.733	0,54
2= remgeldverlaging bij 2 specialisten	1.351	0,11

Bij welke specialisten het vaakst?

Het percentage van de raadplegingen van specialisten na een doorverwijzing door een huisarts is zeer klein. De specialiteiten waarvoor huisartsen het vaakst doorverwijzen, zijn: geriatrie (13,75% van de raadplegingen vermelden de doorverwijzing door de voorschrijvende huisarts), cardiologie (0,97 % van de raadplegingen) en inwendige geneeskunde (0,70%).

De percentages zijn het laagst bij kinderartsen, gynaecologen en oftalmologen. Niet echt verrassend, want zij worden vaak geraadpleegd als verstrekkers uit de eerstelijnszorg. Het percentage is echter nauwelijks hoger bij psychiaters en stomatologen. Dat lage percentage bij psychiaters doet vragen rijzen rond de eerste lijn voor geestelijke gezondheidsproblemen. Het kan ook te maken hebben met de duur van de opvolging of de weigering van de patiënt om zijn psychologische problemen te bespreken met zijn huisarts. Het lage percentage bij de stomatoloog zou dan weer te verklaren kunnen zijn door het

Wat zijn de betrokken specialiteiten?

Om aanspraak te maken op een verlaagd remgeld, moet de patiënt door zijn huisarts doorverwezen worden naar een van de volgende specialisten:

- Cardioloog
- Dermatoloog
- Endocrinoloog
- Gastro-enteroloog
- Geriater
- Gynaecoloog
- Neuroloog
- Neuropsychiater
- Oftalmoloog
- NKO
- Pediater
- Pneumoloog
- Psychiater
- Reumatoloog
- Specialist inwendige geneeskunde
- Stomatoloog
- Uroloog

feit dat de eerstelijnszorg (het mondonderzoek) gebeurt door de tandarts in plaats van de huisarts. Ander opvallend feit: hoewel de huisarts vaker doorverwijst voor bepaalde specialiteiten zoals de geriatrie (13,75%), worden de administratieve formaliteiten voor een verlaagd remgeld vaak niet vervuld in de praktijk.

Bij de geriater is het doorverwijzingspercentage een van de hoogste, maar niettemin werd slechts bij 6% van de raadplegingen een verhoogde terugbetaling

toegekend. Zo vertegenwoordigt de geriatrie slechts 0,8% van alle raadplegingen met een verlaagd remgeld.

Waarom krijgen patiënten hun verlaagd remgeld niet?

Na een analyse van de raadplegingen, stelden we het volgende vast:

- De voornaamste reden is het ontbreken van een GMD. 46% van de raadplegingen bij specialisten gebeuren door patiënten die geen GMD hebben bij hun

Samenvattende tabel

Specialiteit	% raadplegingen na verwijzing	% kortingen bij verwijzing	% raadplegingen met verlaagd remgeld	% patiënten met ten minste 1 X verlaagd remgeld
Geriatric	13,75%	6%	0,8%	1,3%
Cardiologie	0,97%	84%	0,8%	1,3%
Gastro-enterologie	0,67%	80%	0,5%	0,9%
Urologie	0,54%	90%	0,5%	0,9%
Reumatologie	0,47%	76%	0,4%	0,8%
Neurologie	0,54%	86%	0,5%	0,8%
Pneumologie	0,54%	73%	0,4%	0,7%
Otorinolaryngologie	0,41%	80%	0,3%	0,6%
Dermatologie	0,35%	79%	0,3%	0,5%
Inwendige geneeskunde en endocrinologie	0,70%	32%	0,2%	0,5%
Oftalmologie	0,31%	90%	0,3%	0,4%
Gynaecologie	0,19%	86%	0,2%	0,4%
Stomatologie	0,12%	60%	0,1%	0,1%
Pediatrie	0,04%	69%	0,0%	0,1%
Psychiatrie en neuropsychiatrie	0,04%	23%	0,0%	0,0%

huisarts. Zelfs als ze doorverwezen worden, komen ze dus niet in aanmerking voor de korting.

- Een andere belangrijke reden is het **ontbreken van een 'gedocumenteerde' doorverwijzing**. Ofwel is de patiënt meteen naar een specialist gestapt, ofwel heeft de specialist de voorschrijvende huisarts niet vermeld op het getuigschrift voor verstrekte hulp, ofwel heeft de huisarts geen gebruik gemaakt van het administratieve formulier ad hoc bij zijn doorverwijzing van de patiënt. In totaal werd voor 54% van de raadplegingen geen verlaagd remgeld toegekend, hoewel de betrokken patiënten beschikten over een GMD.
- Het gebeurt ook dat de **patiënt zelf nalaat om het juiste formulier te bezorgen aan zijn ziekenfonds**. Ofwel omdat hij het vergeten is, ofwel omdat de huisarts het formulier niet afgeleverd heeft. Die vaststelling springt vooral in het oog bij de geriater (9,8% van de raadplegingen). Deze patiënten zijn

echter ouder en het zou dus om een vergetelheid van hun kant kunnen gaan. Zeker aangezien dit percentage opvallend hoog is, in vergelijking met de andere specialisten.

- Een andere bijkomstige reden is dat de **patiënt in de loop van datzelfde jaar al een korting** gekregen had voor dezelfde specialiteit.



Agnès Leclercq

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Mening Onafhankelijke ziekenfondsen



Te veel administratieve beslommeringen

- Uit de studie blijkt dat er te veel administratieve voorwaarden vervuld moeten worden om aanspraak te kunnen maken op het verlaagde remgeld. Is dat officiële formulier wel echt noodzakelijk? Volstaat het niet om het nummer van de voorschrijver te vermelden op het getuigschrift voor verstrekte hulp van de specialist?
- Kan de doorverwijzing niet uitgebreid worden naar andere voorschrijvers zoals de tandarts? Het is meestal de tandarts die doorverwijst naar de stomatoloog. Hij kan trouwens ook doorverwijzen naar andere specialisten na een mondonderzoek. Om de correcte bijwerking van het GMD te promoten, zou men deze uitbreiding kunnen koppelen aan de aanbeveling dat de brief die de tandarts richt aan de stomatoloog, ook gericht zou worden aan de huisarts.

Conclusies en aanbevelingen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen ijveren voor een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen in een moeilijke economische context. Ze herinneren de actoren uit de zorg dan ook aan hun rol die ze moeten vervullen op dat vlak.

1. Sommige huisartsen verwijzen hun patiënten niet door naar een specialist met een voorschrift en het formulier ad hoc. Hoewel ze een GMD hebben voor hun patiënten en hen doorverwijzen naar een specialist, maakt 19% van de huisartsen geen gebruik van het betreffende formulier of vertellen ze de patiënt niet dat het formulier bedoeld is voor het ziekenfonds en dat hij het bij het getuigschrift van de specialist moet voegen. Nochtans geldt de maatregel enkel als dit formulier overhandigd wordt. Men zou de huisartsen (zeker de Franstalige) ook moeten stimuleren om het GMD te promoten bij hun patiënten, want het is nog niet genoeg verspreid (vooral in Wallonië en Brussel).
2. De specialisten maken geen melding van de doorverwijzing. Het aantal zorgverleners bij wie nooit een korting geldt, is hoog: 65% van

de stomatologen heeft geen enkele patiënt die deze maatregel geniet (31% bij de pneumologen). Sensibilisering is dus aan de orde bij de specialisten. Laten we hen herinneren aan het feit dat de manier waarop zij het bezoek attesteren, belangrijk is voor de patiënt. Als zij de voorschrijver vermelden op het getuigschrift voor verstrekte hulp, komt de patiënt in aanmerking voor een verlaagd remgeld, anders niet.

3. De patiënt heeft op zijn beurt de verantwoordelijkheid om het formulier ad hoc aan zijn ziekenfonds te bezorgen, samen met het getuigschrift. Als hij dat doet en als hij een GMD heeft, dan daalt de prijs van de raadpleging bij de specialist met €2 voor een RVV en met €5 voor een gewone verzekerde. Kortom, een niet te verwaarlozen verschil!

7%

van de Belgen ouder dan 60 jaar lijdt aan dementie. Daarmee staat België op de 4e plaats van de 35 Europese landen

Rapport 'Health at Glance: Europa 2014'

191

mensen overleden in 2013 in Europa aan listeriose.

Tussen 2012 en 2013 is het aantal gevallen van listeriose gestegen met 8,6%.

De Europese autoriteit voor voedselveiligheid (Efsa)

Europees project begeleiding geestelijke gezondheid

Professionele contacten, uitwisseling van ervaring en deelname aan ateliers of uiteenzettingen, dat staat op het programma van een nieuw project begeleiding geestelijke gezondheid. Het project, dat ondersteund wordt door Erasmus+ (programma van de EU), is erin geslaagd om **14 universiteiten, hogescholen, therapeutische centra, ziekenhuizen, onderzoekscentra en 11 Europese federaties van verenigingen** te overtuigen om deel te nemen. Al deze actoren zullen het begeleidingsproces geestelijke gezondheid gedurende 3 jaar volgen en evalueren. De bedoeling van deze tutorial is **om de opleiding van 60 Europese professionele jongeren te vervolledigen** dankzij de uitwisseling met collega's in andere landen. Een ervaren begeleider zal hen bijstaan en ze zullen de kans krijgen om te reizen naar Europese centra om hun opleiding te voltooien. In België is het Neuropsychiatrisch Centrum Sint-Maarten vragende partij.

www.mentalnet.eu

Alternatieve benadering van dementie

Het welzijn thuis van Alzheimerpatiënten en hun mantelzorgers bevorderen, die laatsten helpen om de ziekte te begrijpen en de relaties met hun zieke naaste verbeteren. Het zijn enkele doelstellingen van het project 'protocol 3'. Dit programma, dat gefinancierd wordt door het RIZIV, werd opgericht door gezondheidsprofessionals op multidisciplinaire basis: neurologen, psychologen, verpleegkundigen,... Het project bestaat uit 2 luiken en loopt over 8 maanden. Er is een deel 'educatie' van de mantelzorger: uitwisseling van informatie tijdens groepsessies en waarbij de patiënt uitgenodigd wordt om deel te nemen aan een atelier kunsttherapie. Daarnaast biedt de ploeg een multidisciplinaire en gepersonaliseerde interventie aan in het huis van de patiënt. Dit project is uitgewerkt in samenwerking met onder meer het Erasmusziekenhuis en Alzheimer België.

www.alzheimerliga.be

“Eén ding is zeker, ik heb veel geluk gehad. Ik kan reizen, les geven, mijn beroep uitoefenen, 's avonds evenementen bijwonen, ik kan nog meer dan honderd meter wandelen en ik kan me gedurende een lange tijd concentreren. Was mijn sociale situatie anders geweest, dan had ik waarschijnlijk niet het geluk gehad om zo'n productief en relatief normaal leven te leiden. Mensen met CVS die minder ondersteuning krijgen en over minder middelen beschikken, lopen een groot risico om hun werk kwijt te raken, in armoede terecht te komen en ten slotte helemaal ontmoedigd te raken.

”

Steven Lubet, Amerikaans Professor
Recht over zijn ziekte, myalgische encefalomyelitis of chronisch vermoeidheidssyndroom (ME-CVS).

Mediquality.net



Fraude in de ziekteverzekering, een bedreiging voor de solidariteit?

Alle zorgactoren zijn het erover eens: fraude in de gezondheidszorg is een thema dat zeer veel mensen aanbelangt, maar tegelijk ook het onderwerp van een moeilijk te voeren debat. Toch gingen de Onafhankelijke Ziekenfondsen de uitdaging aan en nodigden ze enkele experts uit om hun visie over fraude in de gezondheidszorg op tafel te leggen.

Naast de oorzaken en de verschillende vormen van fraude in de gezondheidszorg, lag de nadruk van het debat vooral op de mogelijke oplossingen. Directeur-generaal **Xavier Brenez** stelde alvast de 5 actiepunten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor: datamining om de gegevens te kunnen vergelijken, de opstart van de fraudecommissie bij het RIZIV, een herziening van de nomenclatuur, het lezen van de eID van patiënten bij een verstrekking en een betere omkadering van de regelgeving. "De patiënt moet de zorgverlener 100% kunnen vertrouwen. Om dat vertrouwen niet te schaden, moeten we de problemen concreet aanpakken, dossier per dossier", aldus Brenez.

Bernard Hepp, Medisch Directeur-generaal van het RIZIV en hoofd van de Dienst voor Geneeskundige Controle en Evaluatie (DGEC), voegde aan deze actiepunten nog een transparant terugbetalings-systeem toe. Zo is de patiënt altijd op de hoogte van wat de verplichte verzekering terugbetaalt en welke supplementen hij uit eigen zak moet betalen. "Het is heel belangrijk om het brede publiek te betrekken bij de fraudeproblematiek. We merken dat patiënten niet altijd op de hoogte zijn van wat er boven hun hoofd gebeurt. Maar eens ze op de hoogte zijn, nemen ze wel degelijk een standpunt in en hebben ze een goed beeld van de waarde van onze gezondheidszorg", dixit Hepp.

Nederland is intussen al begonnen met het begrijpelijker maken van ziekenhuisfacturen voor verzekerden, vertelde **Marleen Relouw**, beleidsadviseur bij Zorgverzekeraars Nederland. "Zo kunnen de patiënten met eigen ogen zien welke verstrekkingen aangerekend worden. Zulke facturen zijn natuurlijk niet evident om te ontcijferen voor de verzekerden, maar ze kunnen in ieder geval contact opnemen met de zorgverzekeraar als ze vragen hebben. En we zien

dat ze dat steeds meer doen: de verzekerde wil echt wel meehelpen om het systeem mee betaalbaar te houden!"

Van alle voorstellen die tijdens het debat aan bod kwamen, zag internist **Robert Rutsaert** het meeste heil in een aangepaste uitwerking en opstelling van de nomenclatuur. "In elke commissie van de Technisch Geneeskundige Raad (die voorstellen doet tot wijziging van de nomenclatuur) zit een vertegenwoordiger van de DGEC. Er wordt echter te weinig naar hen geluisterd. Soms weten deze vertegenwoordigers al op het moment dat een nomenclatuur opgesteld wordt, dat deze over enkele jaren zal ontspreken. En toch wordt hun deskundige advies soms genegeerd, waardoor er in de huidige nomenclatuur zaken worden opgenomen die fraude en misbruik in de hand werken!", haalde Rutsaert uit.

Ook **Michel Devriese**, voorzitter van Société de Médecine Dentaire, kwam scherp uit de hoek toen het over de huidige reglementering ging. "Het kan toch niet dat zorgverleners die ernstige fouten maken bij het aanrekenen van prestaties, dikwijls ongestraft kunnen verder werken? Zware fraudeurs slagen er in om hun zaak te doen seponeren of hun boete gewoon niet te betalen door gebruik te maken van allerlei financiële constructies. Zulke mensen moeten geschorst kunnen worden!" Tot slot wees Devriese nog op de taak van de ziekenfondsen om hun leden te blijven informeren en responsabiliseren, om zo tot een vorm van sociale controle te komen.



Tom Verdonck, vertegenwoordiger van het Kabinet van Maggie De Block



Michel Devriese



Marleen Relouw en Bernard Hepp



Xavier Brenez



Robert Rutsaert





De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen tal van events voor zorgprofessionals. Ook in 2015 kunt u ons terugvinden op onze infostand tijdens kwalitatief hoogstaande studiedagen en opleidingen voor de huidige én toekomstige zorgverstrekkers.

Noteer alvast in uw agenda:



3 maart

Opleiding Nutrimesdes 'Voeding bij personen met een mentale of fysieke beperking' te Leuven.

www.nutrimesdes.be

5 & 6 maart

Salon Soins & Santé in Namur Expo.

www.soins-sante.be



23 - 27 maart

41ste week van de verpleegkundigen in het Casino Kursaal te Oostende.

www.nvkvv.be (rubriek 'Agenda')

31 maart

Opleiding Nutrimesdes 'Nutrition et grossesse' (enkel in het Frans) te Brussel.

www.nutrimesdes.be



13 - 16 mei

Nationale Spelen Special Olympics Belgium te Brussel.

www.specialolympics.be

2 juni

Opleiding Nutrimesdes 'Prise en charge du syndrome de l'intestin irritable' (enkel in het Frans)

www.nutrimesdes.be

9 juni

Opleiding Nutrimesdes 'Voeding en Kanker' te Gent.

www.nutrimesdes.be

Tip!



Nog vragen over deze evenementen?

Neem dan contact op met Piet Van Eenoooghe, piet.vaneenoooghe@mloz.be

Wilt u niets missen van onze activiteiten? Neem dan regelmatig een kijkje op onze website www.mloz.be, abonneer u op onze nieuwsbrief via www.mloz.be/abonnement of volg ons op Twitter via @Onafh_Zf.

Oprichting contactpunt dementie voor professionele hulpverleners

In 2015 richten de diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen een contactpunt dementie op voor professionele hulpverleners die bij cliënten de nood aan vaste begeleiding in het dementieproces ervaren. Dit project kadert in het transitieplan dementie dat Minister Jo Vandeuren lanceerde in 2014.

Het contactpunt dementie wil een brug slaan tussen de cliënt en alle mogelijke hulpverleners die hem kunnen helpen in het dementieproces. Via vraagverheldering gaan de maatschappelijk werkers van de ziekenfondsen na of er nood is aan gespecialiseerde (thuis)zorg of opvang, verschaffen ze informatie en administratieve ondersteuning en staan ze in voor langdurige begeleiding indien nodig. Ook de mantelzorger wordt daarbij niet vergeten. Hierdoor zal de cliënt zich gesteund voelen en zal hij effectief hulp ervaren.

In het kader van het contactpunt dementie heeft het expertisecentrum dementie alle medewerkers van de diensten maatschappelijk werk opgeleid tot dementiekundige basiszorgverleners.

In de praktijk

- Als een hulpverlener contact opneemt met het contactpunt dementie, zullen enkele van zijn gegevens en die van de cliënt/mantelzorger genoteerd worden.
- De dienst maatschappelijk werk van het ziekenfonds waarbij de cliënt aangesloten is, engageert zich om binnen de week contact op te nemen met

de cliënt/mantelzorger en een gratis huisbezoek voor te stellen.

- Tijdens het huisbezoek wordt nagegaan op welke manier het ziekenfonds de cliënt/mantelzorger zo goed mogelijk kan ondersteunen.
- Indien gewenst brengt de maatschappelijk werker de hulpverlener op de hoogte van het resultaat van het huisbezoek.

Autonomie bevorderen

De oprichting van het contactpunt dementie kadert in het 'Vlaams transitieplan dementiekundige basiszorg in het natuurlijke thuismilieu' van Minister Jo Vandeuren. Het transitieplan heeft als doel personen met dementie en hun mantelzorgers zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren en de levenskwaliteit te bevorderen. Vlaanderen telt vandaag 100.000 personen met dementie, waarvan ongeveer 65% in de thuisomgeving woont. Het aantal personen met dementie zal tegen 2020 toenemen met bijna 30%.



Annemie Coëme

annemie.coeme@mlz.be



Via het nummer 078 05 08 19 of een mail naar: contactpuntdementie@dmwvlaanderen.be
Het contactpunt dementie is 24u/24 bereikbaar.

Boeken

Hoe de grootste epidemie van de 21ste eeuw aanpakken?

Obesitas is een probleem dat steeds meer gewicht in de schaal werpt. Maar hoe kunnen we de grootste epidemie van deze eeuw een halt toeroepen in tijden van besparingen in de gezondheidszorg? In dit boek schetst Jan Herman de oorzaken en persoonlijke en maatschappelijke gevolgen van obesitas. Maar hij licht vooral het huidige beleid rond deze problematiek kritisch door en formuleert enkele heldere suggesties en keuzes voor de toekomst. Van extra zorg voor kinderen en jongeren over de mogelijke invoering van een vettax tot een begrijpelijke en uniforme aanduiding op voedingswaren... Een duidelijke visie die kan bijdragen tot een constructief debat over obesitas!



Obesitas, een dik probleem, Jan Herman, Academia Press, 2014, 81 blz., ISBN 978-90-382-2383-4

Wegwijzer voor patiënt-begeleiding in de apotheek

De adviserende rol van apothekers komt steeds meer in de schijnwerpers te staan. Tussen theorie en praktijk gaapt echter nog een brede kloof. Vele apothekers geven aan dat het niet vanzelfsprekend is om patiënten goed te begeleiden, vooral omdat ze de klachten niet grondig kunnen bevragen.

Daarom wijst dit boek apothekers de weg in de aanpak van vragen rond zelfzorg. Elk hoofdstuk start met een uitgebreid voorstel voor de analyse van de klacht van de patiënt. Daarnaast reikt het boek de verschillende behandelopties per aandoening aan, aangevuld met heel wat praktische informatie over zowel de medicamenteuze als niet-medicamenteuze aanpak.

Op die manier is het boek rechtstreeks bruikbaar in de communicatie met de patiënt.

Zelfzorgadvies in de apotheek, Veerle Foulon en Valerie Storms, Acco, 2014, 520 blz., ISBN 978-90-334-9573-1



Grote woorden op kindermaat

Kanker laat zich moeilijk in woorden gieten. Zeker voor kleine kinderen kunnen grote woorden als 'chemo' en 'bestraling' voor verwarring zorgen.

Daarom legt dit boekje dergelijke termen uit op kindermaat. Op een kindvriendelijke manier, maar zonder kinderachtig te worden. Naast glasheldere informatie bevat 'Grote woorden bij kanker' ook tal van tekeningen en creatieve opdrachten, waarmee ouders en hun kinderen samen het verwerkingsproces kunnen beginnen. Ook voor leerkrachten en hulpverleners kan dit boekje een uitstekende leidraad vormen om het gesprek aan te gaan met kleine kinderen over deze gevoelige thematiek.



Grote woorden bij kanker, Cindy Verhulst en Katrien Vanhauwaert, Acco, 2014, 43 blz., ISBN 978-90-334-9825-1

De visie van de Zorgambassadeur

Eind 2010 werd Eleonora (Lon) Holtzer door de Vlaamse Overheid aangesteld als Zorgambassadeur. Haar taak: de rijkdom en loopbaanopportuniteiten van de zorg- en welzijnssector beter bekend maken. Over deze uitdagingen gaat ze in dit boek het gesprek aan met economen en ethici, onderwijsdeskundigen en sociologen, beleidsvoerders en zorgverleners, mantelzorgers en vrijwilligers. Doorheen deze boeiende verkenningstocht vormen de 7 privileges om in de zorg te mogen werken een heldere rode draad. De hoofdrol in dit verhaal is dus weggelegd voor de zorgverlener zelf, die dagelijks het beste van zichzelf geeft en zo de essentie vindt van zichzelf, het mens zijn en het leven.

De 7 privileges van de zorg, Lon Holtzer, Acco, 2015, 152 blz., ISBN 978-90-334-9821-3





Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

Volg ons ook op
onze nieuwe
Twitter-account
@Onafh_Zf

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!
Surf naar **www.mloz.be/abonnement**

Verbeter het evenwicht tussen uw werk- en privéleven
zonder het contact met de patiënten te verliezen!

Word Adviserend geneesheer

bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Profiel

- U bent arts.
- U bent contactvaardig en u hebt belangstelling voor de medische en sociale problemen van de patiënten.
- U beschikt over de nodige managementvaardigheden om vlot te kunnen samenwerken met administratief en paramedisch personeel.
- U beschikt over enige klinische ervaring. Een opleiding in verzekeringsgeneeskunde of een andere bijkomende specialisatie is een pluspunt.

Takenpakket

Contact met patiënten is essentieel als adviserend geneesheer. Uw takenpakket zal o.a. bestaan uit:

- het evalueren van de arbeidsongeschiktheid (mogelijkheden nagaan van arbeidsherinschakeling in samenspraak met betrokken partners zoals de huisarts, bedrijfsarts, VDAB, Actiris, Forem ...);
- informeren en adviseren van patiënten tijdens de raadpleging over sociale wetgeving, medische terugbetalingen en verzekeringsproblemen;
- behandelen van aanvragen voor gezondheidszorg.

Wat bieden we?

- U krijgt een voltijds bediendestatuut met een aantrekkelijk salarispakket (een deeltijds contract kan in overweging genomen worden).
- U komt terecht in een ruim en aangenaam werkkader waarbinnen een dynamische bedrijfscultuur heerst. Respect voor het evenwicht tussen werk- en privéleven staat voorop. Telewerken is mogelijk.
- U werkt in een gemotiveerd team met voldoende ruimte voor persoonlijke ontplooiing.

Interesse?

Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
Recruitment
St-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel
recruitment@mloz.be

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

www.mloz.be