

Health Forum

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · Nr. 2 Juni 2010 · driemaandelijks



Debat

Pro of Contra
**Een Orde van
Verpleegkundigen in België?**

Studie

**Cataractbehandelingen:
wat gebeurt er op het terrein?**

Dossier Europa

Wat heeft Europa nog in petto voor ons?

**Onafhankelijke
Ziekenfondsen**

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!



OZ Onafhankelijk Ziekenfonds

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz501.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Genèvestraat 4 Verenigde-Natieslaan 1
1140 Brussel 9000 Gent
www.securex-ziekenfonds.be



Partena Onafhankelijk Ziekenfonds

Coupure Links 103 Anspachlaan 1 bus 6
9000 Gent 1000 Brussel
www.partena-ziekenfonds.be



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be

België vanaf 1 juli Europees voorzitter

De Onafhankelijke Ziekenfondsen verheugen zich zeer over de positieve en talrijke reacties bij het verschijnen van ons nieuw magazine "Health Forum". Een fijne opsteker voor een magazine dat zich, in alle onafhankelijkheid, buigt over een breed spectrum aan thema's inzake gezondheidspolitiek.

In dit tweede nummer van "Health Forum" staan, niet toevallig, specifieke Europese thema's centraal. Het Europese voorzitterschap is immers een belangrijke gebeurtenis voor een kleine lidstaat. Het geeft de kans aan de Belgische regering, aan de ambtenaren en geïnteresseerde bedrijven en instellingen, om nauw, lees: actief, betrokken te worden bij het Europese beleid.

Europa wil in 2010 het thema armoede hoog op de agenda plaatsen en vraagt dat de lidstaten een nationaal plan zouden opmaken. De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen deze actie volledig.

Zij onderschrijven ook de Europese inspanningen rond eHealth. Het definitief introduceren van de uitgebreide mogelijkheden van eHealth in de dagelijkse praktijk van gezondheidszorg, een stokpaardje van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, kan alleen met de actieve inzet en medewerking van de verstrekkers. Door hun initiatieven in deze sector - zorgTelevisie, IdTV en Disease Management-, lopen de Onafhankelijke Ziekenfondsen vooruit op de Europese beslissingen.

Verder kijken dan ons eigen systeem en onze eigen landsgrenzen, is voor ons, als ziekenfonds, onontbeerlijk. **Onze Belgische leden zouden toegang krijgen tot vaak dure behandelingen in Europese referentiecentra via hun netwerk van zorgverstrekkers.** De fameuze hadrontherapie (een radiotherapie bij de behandeling van kanker) is hier een prima voorbeeld van.

Europa heeft in de strijd tegen kanker een bijzonder boeiend netwerk opgericht dat luistert naar de naam: "European Partnership for Action Against Cancer". De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn aangeduid als vertegenwoordiger van de Europese ziekenfondsen in de schoot van dit partnership en bundelen hun krachten tegen deze ziekte.

Aarzel niet om te reageren op onze artikels. Health Forum staat open voor discussie. Uw reacties zijn dus meer dan welkom.

Veel leesplezier!

Pascal Mertens

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofdreдаctrice

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

Eindredactrice

Stéphanie Brisson · stephanie.brisson@mloz.be · T 02 778 95 11

Redactie comité

Ann Ceuppens · Regina De Paepe · Dominique Dieng · Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Chris Monten · Chantal Neirynck · Piet Van Eenoooghe · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Sandrine Vandermaesbrugge · Emilie Vanderstichelen · Kim Verbruggen · Anne Viroux · Veerle Verspille · Karen Willems

Layout

Luc De Weireld · luc.deweireld@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annamie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Pascal Mertens · pascal.mertens@mloz.be



Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

Wenst u Health Forum regelmatig te ontvangen? Contacteer ons! Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · Dienst Externe Communicatie · Health Forum · Sint-Huibrechtsstraat 19 · 1150 Brussel · T 02 778 92 11 · F 02 778 94 02 · Of stuur een e-mail naar health-forum@mloz.be

Inhoud

Nr.2 Juni 2010

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Wat heeft Europa nog in petto voor ons?

17 Forum zorgverstrekkers

Pro/Contra - Een Orde van verpleegkundigen in België?

Zorgtrajecten - Wat u nog niet durfde vragen!

Patiënt en arts, partners in de aanpak van reumatoïde artritis (RA)

Klinische farmacologie, een miskende discipline

22 Studie

Cataractbehandelingen: wat gebeurt er op het terrein?

26 Objectief gezondheid

Action against Cancer - Europa steunt strijd tegen kanker

Borstkankeropsporing - Naar een betere kwaliteit en een ruimere toegankelijkheid

28 Innovatie

Robots om mindervaliden te helpen

'Leef Gezond': een interactief televisieplatform voor gezondheid

30 Events & Partners

Samen op weg naar Rome

32 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

34 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

Wat heeft Europa nog in petto voor ons?

Een special "Europa" naar aanleiding van het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie, vanaf juli 2010: de richtlijnen en hun implicaties, het Europese Innovatiefonds voor de geneesmiddelen, eHealth en ongelijkheden in de gezondheidszorg. Een uitgebreid dossier met een interview met Pascal Garel, Directeur-generaal van "The European Hospital and Healthcare Federation" (HOPE).



6

Studie

Cataractbehandelingen: wat gebeurt er op het terrein?

De diensten Studies en Expertise van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben zich verdiept in de argumentatie van het aantal cataractbehandelingen. Zijn de technieken veranderd? Is de koppeling van de salarissen van de anesthesist aan de chirurgale verstrekkingen conform aan de realiteit?



22

Innovatie

Robots om mindervaliden te helpen

Maak kennis met de huisrobots. Bijzonder nuttig voor oudere of mindervalide personen, die voor hen allerlei handelingen kunnen uitvoeren om hen het dagelijkse leven gemakkelijker te maken. Een reis rond de wereld van innovatie in Zuid-Korea, Japan en zelfs bij ons.



28

Wie zijn wij?

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt zeven ziekenfondsen: OZ Onafhankelijk Ziekenfonds, Omnimut Mutualité Libre de Wallonie, Euromut, Freie Krankenkasse, Onafhankelijk Ziekenfonds Securex, Partena Onafhankelijk Ziekenfonds en Partenamut.

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



80% van de ondervraagden, in het kader van een audit van het KCE, denkt dat het Expertisecentrum de beslissingen inzake gezondheidszorg beïnvloedt.

Een wijziging op de tubes met fluortandpasta!



Een koninklijk besluit van 3 februari 2010 vraagt aan de fabrikanten om de etiketten van hun fluorhoudende tandpasta aan te passen, wanneer de fluorconcentratie, tussen 0,1 en 0,15%, berekend in F, bedraagt. Ofwel zegt men klaar en duidelijk dat de tandpasta niet bedoeld is voor kinderen (bijvoorbeeld "uitsluitend

voor volwassenen"). Ofwel vermeldt men het volgende: "Kinderen van 6 jaar en jonger: onder toezicht van een volwassene en hoogstens een "erwtje" tandpasta om te vermijden dat het kind te veel tandpasta inslikt. Als het kind nog fluoride toegediend krijgt, vraag dan raad aan een tandarts of arts."

<https://portal.health.fgov.be/>

Britse twijfels in verband met homeopathie

De Commissie Science and Technology van de Britse Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft zich gebogen over de homeopathische middelen. In een rapport, bevestigt de Commissie dat de National Health Service zou moeten stoppen met de terugbetaling van homeopathische behandelingen. Volgens de Commissie, werd er geen enkel bewijs geleverd van de doeltreffendheid van homeopathie (los van het placebo-effect). Het rapport vraagt ook dat het Britse agentschap voor de reglementering van geneesmiddelen en gezondheidsproducten (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) niet langer zijn fiat zou geven voor de toekenning van labels aan homeopathische producten, waarvan het nut niet bewezen is.

<http://news.parliament.uk>

“ De overheid kan de leemtes qua inhoudelijke kennis betreffende volksgezondheid onmogelijk vatten. Idem voor de bestaande problemen in de kennisinfrastructuur. ”

Zo staat het althans in een verslag over het wetenschappelijk onderzoek, dat in februari 2010 gepubliceerd werd door het Rekenhof.

59.893

Aantal beroepsziektes, geregistreerd in 2008 (daling sinds 2005 (64.814))

Bron: "De sociale zekerheid in een oogopslag: kerncijfers 2008", gepubliceerd door de FOD Sociale Zekerheid

Bedrijven helpen om gezondheid te bevorderen op het werk

De campagne "Move Europe – Werken aan Mentaal Welzijn" wil het mentale welzijn op het werk verbeteren. De vzw Prevent heeft de "Mental Health Promotion Check" opgemaakt, een vragenlijst waarmee bedrijven het niveau van hun huidige benadering kunnen inschatten. De deel-



nemers beantwoorden eerst de vragenlijst op www.move-europe.be en ontvangen dan persoonlijke tips, om hun beleid qua mentaal welzijn te verbeteren. Einde van de campagne: begin 2011. De uitblinders ontvangen een Certificaat voor Goede Praktijk. De Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen deze campagne, die georganiseerd wordt door het European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) en die in België vertegenwoordigd wordt door Prevent.

www.move-europe.be • www.prevent.be

Wat heeft Europa nog in petto voor ons?

Een financieel struikelblok voor veel Europeanen

p. 7

De uitdaging van de vergrijzing

p. 9

eHealth : politiek instrument in het gezondheidsbeleid?

p. 10

Een Europees referentienetwerk van zorgaanbieders

p. 12

Europese prioriteiten inzake gezondheid bekeken door
de bril van onze buurlanden

p. 13

"De Europese ziekenhuizen moeten het hoofd bieden
aan dezelfde uitdagingen"

p. 14



Dossier door

Christian Horemans

Expert internationale zaken
christian.horemans@mloz.be

TOEGANKELIJKHEID GEZONDHEIDSZORG

Een financieel struikelblok voor veel Europeanen

2010
Europees Jaar
van de bestrijding
van armoede
en sociale uitsluiting

2010 is het Europese Jaar van de bestrijding van armoede en sociale uitsluiting. De timing is alleszins perfect: de wereldeconomie wordt geconfronteerd met één van de grootste crisissen van de afgelopen decennia en veel mensen voelen de impact hiervan in hun dagelijkse leven. De uitdaging wordt des te groter nu de crisis ook de sociale zekerheidssystemen onder druk zet. Dit Europese jaar is een uitgelezen kans voor Europa om haar sociaal gezicht te laten zien.

Europa is één van de meest welvarende regio's in de wereld, maar men vergeet soms dat ook in Europa nog veel armoede bestaat. 16% van de Europese bevolking leeft onder de armoedegrens. Eén Europeaan op tien leeft in een gezin waar niemand werk heeft. Ook België kent armoede. Volgens de Interfederale Armoedebaarometer 2010 vormen alleenstaande ouders (in 98% van de gevallen vrouwen) één van de kwetsbaarste groepen in België. Ze hebben 40% kans om in armoede te vervallen. In 2010 maakt de Belgische overheid €4,3 miljoen vrij voor de strijd tegen kinderarmoede. Ook opvallend: 32% van de Belgische bevolking ondervindt problemen met huisvesting waarbij het gaat om tekortkomingen als geen warm stromend water, geen badkamer of verwarming.

Sensibilisering

In 2010 is het de bedoeling om het brede publiek en de overheden op de verschillende niveaus beter te informeren over deze armoede die in elke lidstaat bestaat. Anderzijds wil men ook de personen die in armoede leven meer ondersteunen om zelfredzamer te worden door

hen een betere toegang te geven tot een aanvaardbaar inkomen en tot diensten van algemeen belang. Er is nood aan een beter begrip van de armoedeproblematiek. Uit een rondvraag van de Eurobarometer in 2007 bleek dat 20% van de ondervraagden van mening was dat

“ In 2007 leefde bijna 20% van de actieve bevolking van de EU met een slepende ziekte of gezondheidsprobleem ”

luiheid, gebrek aan wilskracht en aan geluk de oorzaken zijn van armoede.

Op 17 oktober 2010 zal de Internationale Dag van de Armoedebestrijding doorgaan tijdens het Belgische voorzitterschap van de EU. Ondertussen heeft de Europese Commissie de strijd tegen armoede ook opgenomen in de strategie Europe 2020: Europa wil het aantal Europeanen die onder de armoedegrens leven met een

vierde verminderen, wat 20 miljoen personen uit de armoede zal halen. Men hoopt op een akkoord hierover op de Europese top in juni.

Gezondheid en sociale uitsluiting

De gezondheid van een persoon hangt van veel factoren af. Iemand's gezondheid wordt bepaald door de levensstijl en de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Sociale uitsluiting kan veroorzaakt worden door een zwakke gezondheid, en kan de gezondheidsproblemen verergeren indien sociale uitsluiting de toegang tot gezondheidszorg bemoeilijkt. In 2007 leefde bijna 20% van de actieve bevolking van de EU met een slepende ziekte of gezondheidsprobleem. Neem je ook de werklozen en niet-actieven op in de analyse, dan stijgt dit cijfer tot 30% van de bevolking.

Een andere belangrijke factor is de financiële kostprijs van gezondheidszorg die zelfs vandaag voor velen nog een hoge drempel vertegenwoordigt. Toegang tot gezondheidszorg wordt door de meeste mensen als een basisbehoefte gezien. Uit een rondvraag uit 2007 bleek dat 3 van de 4 Europese burgers van mening waren

dat iedereen toegang moet hebben tot medische verzorging. 62% van de ondervraagden beschouwde een regelmatige medische controle en een bezoek bij de tandarts als iets wat voor iedereen mogelijk zou moeten zijn. De realiteit toont aan dat wat als basisbehoefte gekenmerkt wordt, voor sommigen niet haalbaar is. In 2009 leefde 5% van de personen in de groep met de 20% laagste inkomens in België in een gezin waarvan één van de leden in het voorbije jaar geneeskundige verzorging heeft moeten uitstellen of annuleren omwille van financiële redenen.

Belgische ziekteverzekering

Vele Europese lidstaten hebben in hun ziekteverzekering mechanismen voorzien die ervoor moeten zorgen dat de gezondheidszorg betaalbaar blijft voor gezinnen met een beperkt inkomen. In België merk je de afgelopen jaren een verschuiving naar gedifferentieerde terugbetalingen op basis van bepaalde ken-

merken van de individuele patiënt. OMNIO en MAF zijn voorbeelden

“Terugbetalingsmechanismen leggen de klemtoon op de financiële situatie van de patiënt, en minder op de eigenlijke medische situatie van de patiënt en de aard van de medische verzorging.”

van inkomensgerelateerde terugbetalingsmechanismen. De MAF (maximumfactuur) heeft tot doel om het jaarlijkse totaalbedrag aan remgelden te beperken, waarbij het plafond van de remgelden afhangt van het gezinsinkomen. Via het OMNIO-statuuut kunnen gezinnen een hogere terugbetaling van de ziektekosten genieten, indien het brutobelastbaar gezinsinkomen

onder een bepaald plafond ligt. Voor de chronische zieken bestaat dan ook nog de MAF chronische zieken.

In 2010 stelde de Wetenschappelijke Raad voor om een algemeen statuut van chronisch zieke te definiëren, waardoor deze patiënten gemakkelijker geïdentificeerd kunnen worden. Wie minstens €300 aan medische kosten zou kunnen aantonen gedurende 8 opeenvolgende trimesters, zou het statuut van chronisch zieke kunnen krijgen.

Enerzijds kan men zich de vraag stellen of dit complex kluwen van terugbetalingsmechanismen de meest optimale constructie is om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te waarborgen. Anderzijds leggen deze terugbetalingsmechanismen de klemtoon op de financiële situatie van de patiënt, en minder op de eigenlijke medische situatie van de patiënt en de aard van de medische verzorging. ●

Bepaalde mechanismen in vraag durven stellen

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Het Europese Jaar van de bestrijding van de armoede en sociale uitsluiting beklemtoont de noodzaak om ook inzake gezondheidszorg te kijken naar de ongelijkheden die bestaan, o.a. in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Het is ook een opportuniteit om een aantal mechanismen te analyseren en in vraag te durven stellen. De Onafhankelijke Ziekenfondsen steunen de bezorgdheid van de overheid om de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen, maar stellen zich vragen bij de wijze waarop. Neem nu de toegang tot de derdebetalersregeling. Deze is te eenzijdig gelinkt aan de socio-economische toestand van het individu, die reeds de hoogte van de bijdragen toepast. Het is logisch dat de sterkste schouders meer bijdragen, maar het is tegenstrijdig dat zowel de bijdragen tot als de rechten op een systeem worden bepaald door de financiële toestand van het individu. Dit ondermijnt het solidariteitsprincipe. Een opening van het recht op de derdebetalersregeling op basis van bepaalde medische situaties die hoge kosten genereren - zoals bij een chronische ziekte of ernstige ziekten

als kanker - lijkt dan ook raadzamer. Deze redenering geldt ook voor het OMNIO-statuuut en de MAF. In de huidige debatten over het statuut van de chronisch zieke wordt de toekenning van dit statuut opnieuw afhankelijk gemaakt van de medische kosten die deze persoon heeft, zonder te kijken naar de aard van deze medische kosten. Ook hier pleiten de Onafhankelijke Ziekenfondsen ervoor dat men voor de toekenning van dit statuut vooral kijkt naar de medische situatie van de patiënt. De medische kosten kunnen in een dergelijke evaluatie enkel een indicator zijn, niet het doorslaggevende criterium. De toekenning van de rechten gelinkt aan dit statuut zou door de ziekenfondsen beheerd moeten worden, in samenwerking met de verstrekkers. In tijden van crisis is het niet enkel noodzakelijk om te waken over de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg, maar moet men er ook voor zorgen dat de financiële ondersteuning er komt ten voordele van de patiënten die deze het meest nodig hebben. Met de huidige terugbetalingsmechanismen is dit vandaag niet het geval.

De uitdaging van de vergrijzing

De vergrijzing is een probleem waarmee alle Europese lidstaten geconfronteerd worden en een uitdaging voor de financiering van de gezondheidszorg daar de kostprijs toeneemt door het stijgend aantal ouderen. De Europese Commissie wil de lidstaten stimuleren om zich hiervoor voor te bereiden. 2012 is alvast uitgeroepen tot het Europese jaar van Actief ouder worden en Solidariteit tussen generaties.

Lage geboortecijfers en een toenemende levensverwachting zullen in 2060 resulteren in een vrijwel ongewijzigde maar veel oudere Europese bevolking. Volgens een Europese studie uit 2009 zijn er vandaag vier mensen in de werkende leeftijd (tussen 15 en 64 jaar) per persoon ouder dan 65. Dit gaat evolueren naar een verhouding van slechts twee tegen een. De grootste daling zal zich in de periode 2015-2035 voordoen, wanneer de babyboomgeneratie met pensioen gaat. De levensverwachting van de Europese burgers zal spectaculair toenemen: mannen zullen in 2060 gemiddeld 84,5 jaar oud worden (2008: 76), terwijl vrouwen met 89 nog enkele kaarsjes meer zullen kunnen uitblazen (2008: 82,1). Voor België verwacht men dat de leeftijdsgerelateerde uitgaven (pensioenen, gezondheidszorg, lange termijnzorg) tegen 2060 met 5% van het BNP toegenomen zullen zijn.

Meer preventie

Eind 2009 keurden de Europese bevoegde ministers de conclusies goed over gezond en waardig ouder worden. Hiermee wilt de Europese Raad de lidstaten oproepen om de

problematiek van gezond en waardig ouder worden op te nemen in de prioriteiten voor de komende jaren en meer aandacht te besteden aan preventieve maatregelen om o.a. de last van chronische ziekten te verlichten. Het promoten van een gezonde levensstijl met voldoende fysieke activiteit en gezonde voeding is een voorwaarde voor gezond ouder worden, waar niet enkel het individu maar ook de gemeenschap baat bij heeft. Het zal op die manier leiden tot minder uitgaven voor de gezondheidszorg en enigszins de druk op de openbare financiën wat doen afnemen.

Men voorspelt een tekort aan gekwalificeerd verplegend personeel. In het Groenboek over de gezondheidswerkers in Europa worden de lidstaten dan ook opgeroepen om meer samen te werken om op het vlak van personeelsbeleid en het gebruik van nieuwe technologieën naar oplossingen te zoeken.

Waardig ouder worden betekent ook meer aandacht voor aandoeningen als Alzheimer en de impact die ze hebben op de betrokkene zelf en zijn familie. Een goede coördinatie en samenwerking met dienstverleners is hierbij essentieel.

Europees Jaar

Het is de bedoeling dat de Europese Commissie in 2011 een actieplan voorstelt om een gezonder en waardiger leven voor de ouderen te bevorderen. Op deze manier zal alles in de startblokken staan om een aantal knopen door te hakken tijdens het Europese Jaar van actief ouder worden en solidariteit tussen de generaties in 2012.

Eind april 2010 namen de Onafhankelijke Ziekenfondsen deel aan de conferentie over actief en gezond ouder worden die door Spanje als voorzitter van de EU georganiseerd werd. Ook het Belgische voorzitterschap van de EU zal aandacht besteden aan deze problematiek. Zo zal er een Europese Conferentie over dementie plaatsvinden op 25 en 26 november 2010.

Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is het gezond en waardig ouder worden een belangrijk thema waar rond de komende maanden bijzondere initiatieven gepland worden.



eHealth in Europa

Politiek instrument in het gezondheidsbeleid?

“We moeten versnellen: onze financiën schreeuwen erom en onze patiënten verwachten het. Als we eHealth niet omarmen, dan zal onze gezondheidszorg morgen niet meer functioneren.” Met deze oproep onderlijnde Neelie Kroes, Europese Commissaris voor Digitale agenda, de nood aan bijkomende inspanningen inzake eHealth.

EHealth staat al lang op de Europese agenda. In 2006 riep Europa de lidstaten reeds op om 3% van het BNP te investeren in innovatie. Begin 2010 heeft Vlaanderen met het project “Medisch Centrum Vlaanderen” een aanzet gegeven tot meer innovatie in de gezondheidszorg. Vlaanderen wil excelleren op het vlak van gezondheids-ICT. Het potentieel van innovatie in de sector van de gezondheidszorg heeft de Europese Commissie (EC) overtuigd om deze sector op te nemen in de Europese strategie Europe 2020.

Europa stelt belangrijke budgetten ter beschikking om in en tussen lidstaten pilootprojecten te ondersteunen. Denken we maar aan het project epSOS (Smart Open Systems for European patients) waarin men efficiënte toepassingen tracht te ontwikkelen voor de communicatie tussen nationale eHealth-toepassingen. Ook het project Zorg TV van de Onafhankelijke Ziekenfondsen krijgt Europese steun om patiënten met een

chronische aandoening de mogelijkheid te geven om zich beter te informeren over hun aandoening. Anderzijds tracht de EC de lidstaten te stimuleren om eHealth hoger op de nationale agenda te plaatsen en nationale initiatieven op elkaar af te stemmen. Deze aanbevelingen over de grensoverschrijdende interoperabiliteit van elektronische gezondheidsdossiers krijgen vaak weinig aandacht, maar kunnen van grote waarde zijn voor de lidstaten die investeren in eHealth.

Meer kwaliteit en efficiëntie

Europa bevindt zich vandaag in een nieuwe fase. De Europese Ministerraad van eind 2009 herhaalde dat eHealth niet langer alleen als een technische toepassing voor de verstreckers gezien moet worden, maar ook als een politiek instrument om een gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Met de Verklaring van Barcelona van 15 maart 2010 riepen de lidstaten en de EC op

om meer gestructureerd overleg en om een meer gecoördineerd beleid inzake eHealth te ontwikkelen. Er is een wens om eHealth op zeer concrete wijze te gebruiken om de kwaliteit en efficiëntie in de gezondheidszorg te verbeteren. Maar er is een vraag die iedereen zich stelt en die niet gemakkelijk te beantwoorden valt: kan eHealth een verschil maken? Zorgt het ook daadwerkelijk voor meer kwaliteit en efficiëntie in de gezondheidszorg? Zweden publiceerde tijdens haar recente voorzitterschap van de EU een studie waarbij 6 lidstaten (Zweden, Frankrijk, Nederland, Tsjechië, Spanje, Groot-Brittannië) geanalyseerd werden. Er werd vastgesteld dat 75 tot 85% van de hospitalisaties een chronische pathologie betreft. Voor deze 6 lidstaten werd berekend dat 5,6 miljoen opnames vermeden zouden kunnen worden voor chronisch zieken via eHealth-toepassingen, thuismonitoring of alternatieven voor ziekenhuisopnames. Zo zou Tsjechië via thuismonitoring 2,8 miljoen ligdagen voor de behande-

ling van chronisch zieken kunnen vermijden, m.a.w. een besparing van € 460 miljoen.

In 2009 publiceerde HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) een studie waarin o.a. de evolutie van de gemiddelde verblijfsduur binnen de EU27 vergeleken wordt. In 1980 bedroeg deze nog 11 dagen, in 2004 is deze gezakt naar 7 dagen. Deze tendens wordt o.a. verklaard door eHealth-toepassingen. België zit met een verblijfsduur van 8,3 dagen (voor 2004) ruim boven dit gemiddelde, terwijl in een land als Denemarken deze verblijfsduur slechts 3,4 dagen bedraagt. De bezettingsgraad bedraagt in Denemarken 84%, in België gemiddeld 70.5%. Inzake eHealth wordt Denemarken al enkele jaren als de beste leerling beschouwd in de jaarlijkse evaluaties van de Euro Health Consumer Index. Alleszins een goede reden om het Deense model van dichterbij te bekijken.

eHealth in de ziekteverzekering

Wanneer men spreekt van eHealth mag men de problematiek van de terugbetaling van deze verstrekkingen niet vergeten. Vreemd genoeg



Een Duitse pacemaker die metingen via e-mail doorstuurt naar een cardioloog

stimuleert Europa enerzijds de innovatie in de gezondheidszorg

enorm, maar zijn er anderzijds weinig initiatieven om de regelgeving aan te passen zodat verstrekkingen van eHealth efficiënt terugbetaald kunnen worden. De terugbetalingprocedures in geval van een grensoverschrijdende behandeling is vandaag nog steeds gebaseerd op geografische criteria. Zelfs in de nieuwe Europese verordeningen inzake de sociale zekerheid in grensoverschrijdende situaties die op 1 mei 2010 in werking treden, wordt hier geen rekening mee gehouden. Het uitgangspunt is nog steeds de patiënt die vanuit land A naar een arts of ziekenhuis in land B gaat. Ook in het voorstel van richtlijn van de EC aangaande de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg staat men niet stil bij de gevolgen van eHealth waarbij de patiënt in land A blijft, terwijl de arts hem vanuit land B behandelt of opvolgt.

Innoverende herziening van de nomenclatuur

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn van mening dat eHealth belangrijke opportuniteiten inhoudt voor de gezondheidszorg, vandaar de investeringen in initiatieven als Zorg TV en hun voorzitterschap van de werkgroep Disease management van de Association Internationale de la Mutualité (AIM). Daarbij wijzen de Onafhankelijke Ziekenfondsen op het belang om het resultaat van deze innovatie optimaal te integreren in de dynamiek van de ziekteverzekering. De Onafhankelijke Ziekenfondsen geloven sterk in de driehoek: de betalende organisatie (ziekenfonds) die de medische kosten terugbetaalt – de patiënt die begeleiding en financiering nodig heeft – de zorgverlener, een driehoek waarbinnen zich een verantwoorde solidariteit moet afspelen, die bouwt op ieders draagkracht. Maar ook binnen de Belgische nomenclatuur is er nood aan een innoverende herziening. De implementatie van innoverende technieken, behande-

lingen of organisatievormen wordt vandaag afgeremd doordat zij onvoldoende opgenomen worden in de nomenclatuur. In geval van telegeneeskunde is er op dit ogenblik bijvoorbeeld nog geen tussenkomst voor de partij die voor de monitoring verantwoordelijk is.

De implementatie van eHealth mag echter niet leiden tot bijkomende uitgaven voor de ziekteverzekering. Volgens de Hoge Raad van Financiën moet de groei van de publieke gezondheidszorg in de periode 2008-2030 beneden de 3% op jaarbasis blijven. Terwijl de nood aan gezondheidszorg systematisch zal toenemen, moet het budget van de publieke gezondheidszorg dus systematisch trager evolueren. Nieuwe initiatieven in de gezondheidszorg (tegemoetkoming voor nieuwe verstrekkingen of geneeskundige technieken) moeten gefinancierd worden met budgettair gelijkwaardige bezuinigingsmaatregelen.

Een Europees referentienetwerk van zorgaanbieders

Het voorstel van richtlijn omtrent de patiëntenmobilititeit in de EU is een heet hangijzer bij de lidstaten. Hierbij wordt voorbijgegaan aan een aantal goede ideeën waaraan weinig aandacht wordt besteed. Zoals het voorstel om een Europees referentienetwerk van zorgaanbieders te creëren. Volgens de Onafhankelijke Ziekenfondsen zou een dergelijk netwerk een mooie opportuniteit kunnen zijn, ook voor België.

In 2008 presenteerde de Europese Commissie een voorstel van richtlijn om een beter rechtskader te creëren voor de patiëntenmobilititeit en meer rechtszekerheid te garanderen voor de patiënt. Dit voorstel van richtlijn zorgt voor verhitte discussies in de EU. Waarschijnlijk zal dit dossier ook op de tafel van het Belgische voorzitterschap terechtkomen. Op 1 juli 2010 wordt in België trouwens een Observatorium boven de doopvont gehouden om de instroom van buitenlandse patiënten te analyseren.

Europees netwerk

Het voorstel van een Europees referentienetwerk van zorgaanbieders verdient meer aandacht. De aan-

gesloten verzorgingsinstellingen zouden rond een welbepaalde medische problematiek samenwerken inzake behandeling en onderzoek. Vandaag bestaan er reeds vormen van samenwerking tussen ziekenhuizen, maar een Europees netwerk gaat nog een stap verder. De voordelen zijn evident:

- Een Europees netwerk is rendabeler voor de deelnemende lidstaten die dan in eigen land geen centrum moeten voorzien;
- Landen met een beperkt aantal patiënten kunnen hun burgers toch een behandeling garanderen via een dergelijk netwerk;
- Specialisten en verpleegkundigen kunnen voldoende ervaring opdoen door veel patiënten te behandelen. Dit is ook een voordeel

voor de patiënt die de zekerheid heeft in bekwaame handen terecht te komen;

- Een dergelijk netwerk zou het gemakkelijker maken om pilootprojecten te lanceren. Er kunnen dan eveneens afspraken gemaakt worden over de terugbetaling of tenlasteneming van de kosten in het kader van een dergelijk pilootproject, en later over de voorwaarden om de behandeling of techniek op de markt te brengen.

De Europese regels zouden dan wel aangepast moeten worden, opdat patiënten gemakkelijker naar een andere lidstaat zouden kunnen reizen voor een behandeling bij een aangesloten ziekenhuis. ●

Een denkpiste in tijden van beperkte budgetten

In België denkt men eraan om een centrum voor hadrontherapie op te richten. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn van mening dat dit niet realistisch is en volgen hierin het standpunt van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Uit de gegevens van het Kankerregister blijkt dat er in België vandaag 50 tot 100 patiënten per jaar zijn die in aanmerking zouden kunnen komen voor hadrontherapie. Dit kleine aantal kan volgens het KCE de bouw van een centrum met een jaarlijkse capaciteit van 900 patiënten en een jaarbudget van 28 miljoen euro niet rechtvaardigen. Voor de Onafhankelijke Ziekenfondsen is deze

problematiek een mooi voorbeeld van hoe het referentienetwerk van zorgaanbieders van grote meerwaarde kan zijn. Als elk land, naar aloude gewoonte, zijn eigen centrum opricht, betekent dit zowel een onverantwoorde economische kost als een gemiste kans om de kritische massa te bereiken, nodig voor een hoog expertiseniveau. Is het ondenkbaar dat wanneer een dergelijk centrum in een Europees land wordt opgericht, het meteen een Europees en geen nationaal statuut zou krijgen, waarbij de kosten solidair door de lidstaten worden gedragen? In tijden van beperkte budgetten voor de ziekteverzekering zijn dergelijke denkpistes meer dan interessant.

Europese prioriteiten inzake gezondheid ...bekeken door de bril van onze buurlanden



De Nederlandse ziekteverzekering:
interessante case voor Europa?

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de brancheorganisatie van de Nederlandse zorgverzekeraars. **Paul van Rooij, adjunct-directeur Zorg van ZN**, volgt nauwgezet de discussie over gezondheidszorg op Europees niveau: "Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is solidair en goed voor verzekerden en dat willen wij graag zo houden" stelt hij.

Paul van Rooij vindt het belangrijk dat de ontwikkeling van het vraaggerichte en solidaire stelsel doorgaat op de huidige weg. "Als Europa daarin kan helpen is dat prima, als Europa ons dreigt af te remmen zijn we alert".

Zorgverzekeraars in Nederland kopen zorg in, op basis van objectieve kwaliteitsindicatoren. Dit betekent voor zorgaanbieders dat zij transparant moeten worden in het zichtbaar maken van hun kwaliteit. Dan zijn er geen landsgrenzen meer, de Nederlandse verzekerde heeft een werelddekking. Nederlandse zorgverzekeraars contracteren dan ook over de grens. De richtlijn voor patiëntenmobiliteit is voor Nederland dan ook geen discussiepunt. Van Rooij: "Europa kan ons helpen, bijvoorbeeld door voor consumenten kwaliteit en keuzemogelijkheden inzichtelijk te maken".

Op het gebied van innovatie, mag de Europese Unie volgens Van Rooij een grote rol blijven spelen. Van Rooij: "eHealth, telegeneeskunde en Disease Management zijn grensoverschrijdend van belang voor alle Europese burgers. Het is belangrijk om de krachten terzake te bundelen". De thema's die het Belgische voorzitterschap centraal stelt, spreken Van Rooij aan: "Iedere burger in Europa heeft recht op dezelfde optimale gezondheidszorg. Dat moet altijd het belangrijkste onderwerp zijn!"



Voor een Europa van patiënten

Hoe ziet de Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) de rol van Europa inzake gezondheid en gezondheidszorg? Welke zouden de prioriteiten moeten zijn van het Belgische voorzitterschap van de EU? **Jean-Pierre Davant, voorzitter van de Mutualité Française**, beantwoordt deze vragen.

De "mutuelles" van de Fédération Nationale de la Mutualité Française zijn facultatieve gezondheidsverzekeraars, die gezondheidsdiensten en sociale diensten beheren. Sommige daarvan spelen tevens een rol in het verplichte stelsel. De FNMF verdedigt het "Europa van de patiënten" en de Europese dimensie van de toegang tot de verzorging voor alle burgers, ongeacht hun financiële toestand.

Het verzekeren van kwaliteit en voorlichting door de opmaak van kwaliteits- en veiligheidsnormen die toepasbaar zijn in alle lidstaten, zou een Europese meerwaarde bieden op gezondheidsgebied: het Belgische voorzitterschap van de EU zou die normen moeten versterken (het gaat hier om de normen die deels aangesneden worden door het voorstel van richtlijn met betrekking tot patiëntenmobiliteit).

De Europese reglementering heeft grote gevolgen voor de activiteiten van de Franse ziekenfondsen, want zij oriënteert hun vooruitzichten, qua ontwikkeling. De FNMF engageert zich echt voor Europa, want werkt samen met ziekenfondsen uit andere landen. Zij verleent haar medewerking aan de bevordering van een openbaar Europees gezondheidsbeleid. Dit beleid mag, wat de geneesmiddelen betreft, niet enkel toegespitst worden op het industriële luik, maar moet focussen op de gezondheid van de patiënten. Daarom vraagt zij de intrekking van het huidige voorstel van richtlijn betreffende de voorlichting van de patiënt over geneesmiddelen door de farmaceutische nijverheid. Dit zou gesteund moeten worden door het Belgische voorzitterschap.

Pascal Garel

“De Europese ziekenhuizen moeten het hoofd bieden aan dezelfde uitdagingen”

De Fransman Pascal Garel (44 j.) staat aan het hoofd van HOPE, een organisatie die de nationale federaties van private en openbare ziekenhuizen van de 27 lidstaten van de Europese Unie groepeerd. Hij geeft toe dat het niet gemakkelijk is om zoveel uiteenlopende belangen gezamenlijk te behartigen, maar stelt ook dat al die Europese ziekenhuizen wel degelijk raakpunten en gemeenschappelijke uitdagingen hebben.

Het eerste nummer van Health Forum handelde over de accreditering van de ziekenhuizen, een systeem voor kwaliteitsmeting, dat nog niet bestaat in België. Mogen wij uw mening kennen over dit hete hangijzer?

Pascal Garel: Aan HOPE werd gevraagd om als expert deel te nemen aan de jury die zich moest uitspreken over de vergelijkende studie van de accrediteringssysteem in Europa, gemaakt door het KCE. Ik spreek mij niet uit over het debat in België, maar het is zonneklaar dat we momenteel niet over genoeg bewijs beschikken dat de accreditering een bruikbaar middel is om de kwaliteit te meten. Zelfs in de Verenigde Staten, waar de accreditering al bestaat sinds de jaren 50, kan men niet zeggen of dit systeem wel een invloed heeft gehad op de zorgkwaliteit ! Dat is ook de reden waarom HOPE deelneemt aan meerdere projecten

die proberen om de impact van strategieën, gericht op een verbetering van de kwaliteit, te meten.

HOPE groepeerd federaties van private en openbare ziekenhuizen uit 27 Europese landen. Het is zeker moeilijk om al die uiteenlopende belangen met elkaar te verzoenen ?

P.G.: In 2004 maakte men zich grote zorgen over de migratie van gezondheidswerkers : tal van zorgverleners uit de voormalige Oostbloklanden bleken toen hun heil te zoeken in het Verenigd Koninkrijk, in Duitsland, in Spanje... Er waren destijds grote meningsverschillen tussen de landen die gezondheidswerkers verloren en de landen die er bij kregen. De crisis, eind 2008, bracht daar verandering in: Groot-Brittannië, bijvoorbeeld, is nu niet langer het land van melk en honing. De zorgverleners uit Oost-Europa keren

terug naar hun land en landen die aangeschreven stonden als landen die hun gezondheidswerkers goed betalen, beslisten nu om mensen die met pensioen vertrekken, niet meer te vervangen. De Europese landen moeten nu opboksen tegen een gemeenschappelijke concurrent, de Verenigde Staten, die heel veel gezondheidswerkers aantrekt.

De Europese Commissie heeft een richtlijn opgesteld over de mobiliteit van patiënten : Moet Europa zich bezighouden met die problematiek ?

P.G.: We hebben geen keuze ! Het Europese Gerechtshof beschouwt de geneeskundige verzorging als een dienst, het is van oordeel dat de gezondheidsdiensten, in het kader van het vrije verkeer van diensten, aan dezelfde regels moeten beantwoorden als de overige diensten. Men erkent intussen wel dat het

om bijzondere diensten gaat, maar er heerst nog steeds juridische onzekerheid over de toepassing van de richtlijn. Een patiënt kan nog altijd naar het Europese Gerechtshof stappen om er de toepassing te eisen van rechten die hij in zijn land niet krijgt. Zo zou een patiënt zich bijvoorbeeld kunnen laten verzorgen in een Europese privé-kliniek, terwijl hij in het eigen land geen toestemming krijgt voor een terugbetaling. Het is natuurlijk een goede zaak dat de Europese Commissie dit heikele punt wil oplossen, maar ze houdt, helaas, geen rekening met het belangrijke aspect van de zorgcontinuïteit.

Is die zorgcontinuïteit dan niet gewaarborgd, als men zich laat verzorgen in een Europees land?

P.G.: De organisatie van de naadloze zorg tussen landen verloopt vlotter, als men evolueert binnen een kader en in verzorgingsinstellingen, waar men zeker van is. Zolang we niet beschikken over kwaliteits- en veiligheidsindicatoren die vergelijkbaar

zijn van land tot land, zullen we de naadloze zorg niet kunnen garanderen in Europa. Patiënten die zich laten verzorgen in een ziekenhuis in een buurland, vragen zich niet af hoe hoog de kans op een ziekenhuisinfectie is in dat land, terwijl

“Patiënten die zich elders laten verzorgen, vragen zich niet af hoe hoog de kans op een ziekenhuisinfectie is in dat land, terwijl dat juist een zeer belangrijk gegeven is!”

dat juist een bijzonder belangrijk gegeven is! De indicatoren voor de tevredenheid van de patiënten kunnen overigens soms verbazende resultaten opleveren: de kwaliteit van de thee bleek bijvoorbeeld een van de belangrijkste kwaliteitsin-

dicatoren te zijn volgens Engelse patiënten, wanneer die zich lieten verzorgen in Frankrijk!

Europa wil “referentiecentra” aanduiden, d.w.z. instellingen die als dusdanig erkend worden omdat zij gespecialiseerd zijn in de behandeling van bepaalde aandoeningen. De Europese patiënten zouden dan naar die instellingen doorverwezen worden. Is het, volgens u, een goed idee dat bepaalde landen zich om bepaalde aandoeningen zouden bekommeren?

P.G.: Het getuigt, volgens mij, van gezond verstand dat men aan patiënten met een zeldzame ziekte, de kans wil geven om zich te laten verzorgen in een Europees land, dat zijn sporen terzake verdiend heeft. Ik vind het een prima idee dat de ervaring van dat land, dankzij de telegeneeskunde, ten dienste van de Europese patiënten zou worden gesteld.

Maar wie gaat die referentiecentra, het onderzoekswerk en de diagnose

HOPE: de Europese agenda begrijpen

Nieuwsgierigheid lag aan de basis van de oprichting van HOPE: 6 medestichters van de Europese Unie wilden weten hoe hun buurlanden hun ziekenhuisverzorging organiseerden. Ze wisten ervaringen uit te wisselen onder relatief homogene landen. HOPE groepeerde intussen de federaties van zowel openbare als private ziekenhuizen van 27 landen en van homogeniteit is dus al lang geen sprake meer! Pascal Garel: “Met zoveel verschillende systemen, is het soms moeilijk om tot gemeenschappelijke standpunten te komen, maar we slagen er toch wel in, want de Europese ziekenhuizen worden geconfronteerd met dezelfde structurele trends. Men is

recent gaan inzien dat de Europese wetgeving meer en meer invloed krijgt op het leven van de nationale ziekenhuizen. Onze organisatie is daarvoor geleidelijk een organisatie geworden die de belangen van haar leden behartigt. Wij proberen te achterhalen welke aspecten van de Europese wetgeving het leven in de ziekenhuizen zullen beïnvloeden en we brengen de nationale federaties daarvan op de hoogte. HOPE informeert haar meest recente leden, door hen een inzicht te geven in wat er juist op het spel staat in de Europese context.”

HOPE, European Hospital and Healthcare Federation, www.hope.be

op afstand, financieren? Het aantal patiënten met een zeldzame aandoening kan hoog zijn: meer dan 30 miljoen, volgens de vereniging die zich bezighoudt met zeldzame ziektes! De Commissie heeft niet gezegd dat de referentiecentra enkel bedoeld waren voor zeldzame aandoeningen en we tasten nog volop in het duister over de manier waarop die centra aangeduid zullen worden. Daar komt dan nog een probleem bovenop voor een Europese organisatie als de onze: het gevaar van onenigheid tussen de kleine en grote EU-landen over de keuze van de referentiecentra. De kans bestaat immers dat de grotere landen meer referentiecentra zullen kunnen aantrekken en dus ook meer Europese gelden zullen krijgen.

eHealth, telegeneeskunde, nieuwe informatietechnologie.... Een buitenkansje voor de ziekenhuizen of vooral een loodzware investering?

P.G.: eHealth is, volgens ons, een middel dat ten dienste moet staan

van de gezondheid. Ook daar ontbreekt het nog aan doorslaggevende argumenten (bewijzen) om de professionals ervan te overtuigen dat het een goed idee is om over te stappen naar de nieuwe technologische middelen!

Eigenlijk zou men het hele Europese gezondheidssysteem moeten kunnen openbreken, dankzij nieuwe technologische middelen zoals eHealth, maar bepaalde landen van de EU maken zich grote zorgen over de veiligheid van de informatie. En dan hebben we het nog niet over de vragen die de gezondheidswerkers zich terecht stellen bij de relatie met de patiënt. Het is een illusie om te denken dat iedereen (zowel de overheid, als de gezondheidswerkers, als de patiënten) toegang zal hebben tot de gezondheidsgegevens! De industrie en de Commissie willen de grote eHealthmarkt organiseren met als achterliggend idee: "hoe meer we "eenmaken", hoe meer er onderling (samen)gewerkt zal worden en hoe beter dat is voor de industrie", maar wij menen dat men rekening moet houden met

andere aspecten, als men wil vermijden dat zowel de burger-patiënt als de gezondheidswerker er het noorden bij verliezen.

Welke grote uitdagingen staan de Europese ziekenhuizen nog te wachten ?

P.G.: Ik zie er vooral twee: de vergrijzing van de gezondheidswerkers (hun gemiddelde leeftijd stijgt en hun arbeidsduur vermindert) én de vergrijzing van de bevolking. Wat als er nog meer chronisch zieken komen? Wat met de toekomstige rol van de ziekenhuizen, als gevolg van daarvan, zeker nu we weten dat de duur van de ziekenhuisverblijven ongetwijfeld nog ingekort zal worden door technologische en heelkundige innovaties? Wij proberen om, samen met anderen, een antwoord te formuleren op die vragen.



Interview door

Karima Amrous

karima.amrous@mloz.be

Conferenties tijdens het Belgische voorzitterschap van de EU

- 9 en 10 september 2010 : Ministeriële conferentie over gezondheidswerkers in Europa**
- 19 en 20 oktober 2010 : Ministeriële conferentie over chronische ziektes (Brussel)**
- 26 en 27 oktober 2010 : 3e Forum over sociale diensten van algemeen belang**
- 11 en 12 november 2010 : Conferentie over farmaceutische innovatie (Gent)**
- 25 en 26 november 2010 : Conferentie over dementie (Brussel)**

Meer informatie vindt u op de website van het Belgische voorzitterschap van de EU.



Christian Horemans

Expert internationale zaken
christian.horemans@mloz.be

50%

Van de bewoners van een rusthuis slikken antidepressiva. Een op de 5 personen ouder dan 75 jaar neemt antidepressiva. Binnen de rust- en verzorgings-tehuizen stijgt dit cijfer tot 50%, aldus een analyse van de denktank "Metaforum" van de K.U. Leuven.

ALLI : apotheker neem uw verantwoordelijkheid

Naar aanleiding van een enquête in het tijdschrift Test-Gezondheid, omtrent de aflevering van het geneesmiddel ALLI, herinnert de Orde der Apothekers eraan dat iedere apotheker zijn volle verantwoordelijkheid dient op te nemen bij elke aflevering. Voorts wijst de Orde erop dat de apotheker een essentiële schakel in de Volksgezondheid is. Gelet op het vertrouwen dat de patiënt terecht in hem stelt, dient hij steeds met de nodige beroepsernst te handelen en rekening te houden met de wetenschappelijke informatie die zijn raadgeving en farmaceutische zorg moet ondersteunen.

www.ordederapothekers.be

7 – 11 juni 2010: Week van het hartritme



Vanaf 40 jaar heeft 1 op 4 Belgen kans om ooit voor-kamerfibrillatie te krijgen. Het is dus belangrijk dat voorkamerfibrillatie op tijd herkend wordt en daarom organiseren de Belgische Cardiologen van 7 tot 11 juni de Week van het hartritme. Tijdens

deze week kan de patiënt terecht bij de huisarts of de cardioloog, die meedoet aan deze activiteit, voor een controle van zijn polsslag en nuttige tips in verband met zijn hartritme. Bij iedereen die zich aanbiedt op deze screeningsplaatsen zal meteen ook een elektrocardiogram afgenomen worden.

Indien voorkamerfibrillatie wordt vastgesteld zal men een brief meegeven voor de eigen huisarts, die samen met de patiënt het vervolg van de behandeling afspreekt.

www.mijnhartritme.be

Deontologische E-learning voor de farmasector

Pharma.be heeft een nieuwe website gelanceerd voor e-learning over deontologie. In vier modules kom je alles te weten over het deontologische kader van de geneesmiddelensector: deontologische basisregels, basisregels "communicatie", specifieke regels voor de relaties met beroepsbeoefenaars en voor de relaties met patiëntenorganisaties. Elke module is beschikbaar als pdf en bevat een samenvatting met kernelementen, een quiz en een dobbelspel. E-learning "deontologie" kan je ontdekken op www.pharma.be (klik op de banner E-learning "deontologie").



Een patiënt uitnodigen voor een check-up ?

In een advies van eind maart 2010, beantwoordt de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren de vraag of huisartsen, net als tandartsen, hun patiënten mogen aanschrijven voor een check-up. Voor de Orde van Geneesheren mag een huisarts een patiënt, van wie hij het GMD beheert, individueel aanmoedigen om deel te nemen aan algemene preventiecampagnes. Voor de huisarts kadert het nemen van initiatieven op het vlak van preventie binnen het goede beheer

van zijn medisch dossier. In zijn advies preciseert de Nationale Raad: "Ingeval er een vaste arts-patiëntrelatie bestaat, desgevallend gestaafd met een GMD, kan de patiënt aangeschreven worden voor een preventieve check-up." Dit alles maakt deel uit van een algemeen preventief plan, waarvan de patiënt geïnformeerd wordt. Deze laatste is vrij om te beslissen of hij ingaat op de uitnodiging of niet.

Een Orde van Verpleegkundigen in België?

Voor of tegen een Orde van Verpleegkundigen? Health Forum opent het debat.

Pro

Geoffroy Berckmans, Verpleger
Bestuurder van de Association belge des praticiens de l'art infirmier (ACN)



Een Orde van Verpleegkundigen zou representatief zijn voor het beroep, aangezien alle beoefenaars van de verpleegkunst zich verplicht zouden moeten inschrijven. De vertegenwoordigers zouden democratisch verkozen worden door alle ingeschreven personen. Dankzij dit

orgaan, zouden de verpleegkundigen meer macht verwerven in het gezondheidsbeleid.

Een Orde van Verpleegkundigen zou ook kunnen bijdragen tot de bescherming van de patiënten, door aan kwaliteitsbewaking te doen. Wie beter dan verpleegkundigen die representatief zijn voor hun beroep, om de kwaliteit, de deontologie en de beroepsethiek bij de benadering van het publiek te beoordelen? Een Orde van Verpleegkundigen zou de deontologische regels en die van de beroepsethiek ook kunnen aanpassen. De aanbevelingen in het kader van de tenlasteneming van patiënten en van goede professionele praktijken evolueren voortdurend. Een Orde van Verpleegkundigen zou de verspreiding van die kennis kunnen verzekeren en de verpleegkundigen actief aansporen tot het volgen van permanente bijscholingscursussen. Door de oprichting van een Orde, zouden alle andere gezondheidsberoepen zeker kunnen zijn van het feit dat ze beschikken over een valabele gesprekspartner, die representatief is voor het beroep van de verpleegkundige.

Tot slot, moet nog worden opgemerkt dat het aan de verpleegkundigen zelf is om hun beroep te beoordelen en te promoten.

In november 2009, heeft onze beroepsorganisatie een debat geopend rond de oprichting van een Orde van Verpleegkundigen. Uit een enquête bij 1.035 verpleegkundigen bleek dat 742 VOOR was (72%,) en 293 TEGEN (28%). Wij zijn ervan overtuigd dat de verpleegkundigen perfect in staat zijn om hun lot in eigen handen te nemen.

www.infirmieres.be

Contra

Michel Foulon, Juridische Adviesgroep Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKV)



Op een moment dat andere beroepsgroepen hun Orde ernstig in vraag stellen, diende dr. J. Brotchi een wetsvoorstel in om een nationale Orde van Verpleegkundigen in het leven te roepen. Het NVKV en de specialistische verpleegkundige beroepsorganisaties binnen

de Vlaamse Verpleegunie gaan niet akkoord met de structuur en de sanctionerende bevoegdheid in het wetsvoorstel. De structuur is zeer duur, ingewikkeld en niet efficiënt. Verpleegkundigen hebben bovendien geen extra tuchtcollege of sanctionering nodig bovenop de bestaande rechtspraak. Men moet niet tweemaal voor dezelfde feiten veroordeeld worden. Het woord 'Orde' heeft een negatieve connotatie en zal het beroep van verpleegkundigen niet aantrekkelijker maken. En waarom zouden verpleegkundigen een bijdrage moeten betalen om hun beroep te mogen uitoefenen? Bovendien kan een Orde niet fungeren als aanspreekpunt nationaal en internationaal want ze heeft geen binding met de basis, de verpleegkundigen op de werkvloer. Het oprichten van een extra instelling die parallelle taken opneemt van bestaande instanties verhindert de effectieve inzet van mensen en energie.

Alternatief voor een orde is het aanduiden van een bestaande officiële instantie die de deontologische code opvolgt en aanpast. Dit kan de Nationale Raad voor Verpleegkunde zijn, of de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België. De Nationale Raad voor Verpleegkunde kan de adviezen bundelen in een Ministeriële Omzendbrief. Dat geeft een officialisering van de deontologische code.

Wij blijven de mening toegedaan dat de overgrote meerderheid van de verpleegkundigen hun taak goed willen uitvoeren. Begeleiding en adviseren zullen veel meer motiveren dan de dreiging van sancties door een tuchtorgaan.

www.nkvv.be

Opgelet: de uitspraken in deze rubriek zijn een weergave van de opvattingen van de auteurs alleen.

ZORGTRAJECTEN



Wat u nog niet durfde vragen!

De zorgtrajecten (Z.T.) voor chronische nierinsufficiëntie komen goed op gang in Vlaanderen, maar dat kan niet gezegd worden van het Z.T. diabetes type II in Vlaanderen of de zorgtrajecten in het algemeen in Wallonië en Brussel.

In het RIZIV is een multidisciplinair comité samengekomen om de balans op te maken en om het sluiten van zorgtrajecten te stimuleren. **Christiaan Van Hul** (foto), medisch expert bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen nam eraan deel en doet voor ons verslag van de concrete vragen die de artsen zich over de zorgtrajecten stellen.

"Ik werk in het kader van een groepspraktijk. Kunnen mijn collega's uit de praktijk zich ook bezighouden met patiënten die bij mij ingeschreven zijn in een zorgtraject?"

Als u een zorgtraject ondertekent met een patiënt, dan zal het voordeel van het remgeld enkel op u van toepassing zijn en niet op de collega's van uw praktijk. Vanaf 1 januari 2011 zou er een informatietoepassing operationeel moeten zijn die het mogelijk maakt om alle artsen van een praktijk te erkennen. Dat zou de vrijstelling van het remgeld uitbreiden naar al uw collega's van de praktijk.

"Kunnen patiënten van rusthuizen zich inschrijven in een zorgtraject?"

Inwoners van een rusthuis zijn niet uitgesloten uit de Z.T.'s, voor zover ze in staat zijn om naar uw kabinet te gaan. Uw bezoeken aan het rusthuis worden beschouwd als huisbezoeken en komen dus niet in

aanmerking voor het vereiste aantal raadplegingen bij de huisarts of voor de vrijstelling van het remgeld. Dit punt zal zeker aandacht krijgen bij de evaluatie van de zorgtrajecten.

"Wordt podologieverzorging terugbetaald in het kader van het zorgtraject voor diabetes type II?"

Diabetespatiënten hebben, in het kader van hun Z.T., recht op de terugbetaling van 2 zittingen (van minimum 45 minuten) van podologie per jaar, voor zover ze een probleem met een diabetesvoet hebben minstens in stadium 1. Het zijn dezelfde rechten als die bij een diabetespaspoort. Vroeger hadden enkel personen vanaf het stadium 2B recht op de terugbetaling. Niet iedereen in het veld blijkt op de hoogte van deze ruime uitbreiding van de doelgroep.

"Mag ik voor mijn patiënten met nierinsufficiëntie de geneesmiddelen Hoofdstuk IV voorschrijven zonder langs de adviserend geneesheer te passeren?"

Ja, voor zover deze geneesmiddelen van het Hoofdstuk IV opgenomen zijn in de lijst "Z.T. nierinsufficiëntie". In de plaats van aanvragen voor elk geneesmiddel te doen, kan de voorschrijver zich beperken tot de vermelding "Z.T. N" op het voorschrift. Maar de arts moet zich wel aan de criteria uit Hoofdstuk IV

houden. Het is dus niet omdat de patiënt deel uitmaakt van een zorgtraject, dat de criteria Hoofdstuk IV niet toegepast moeten worden. A posteriori controles door de verzekeringsinstellingen zullen dus altijd mogelijk zijn.

"Bepaalde patiënten met diabetes of nierinsufficiëntie zien hun aandoening verslechteren. Moeten ze stoppen met het zorgtraject?"

Voor veel patiënten met diabetes type II, komt er een moment waarop ze een intensievere tenlasteneming nodig hebben (met o.a. meer insuline-injecties per dag). De inschrijving in een overeenkomst is dan een logische stap. De overeenkomst is niet cumuleerbaar met het zorgtraject. Maar deze patiënten behouden wel de voordelen van het zorgtraject, met name de vrijstelling van het remgeld, tot het einde van het Z.T.-contract. De patiënten met nierinsufficiëntie behouden al hun voordelen van het Z.T., zelfs wanneer tijdens de behandeling een dialyse of een transplantatie nodig zou zijn.



Interview door
Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mlaz.be



www.zorgtrajecten.be

Het Patient Partners Program

Patiënt en arts, partners in de aanpak van reumatoïde artritis

Het "Patient Partners Program" (PPP) is een kleinschalig opleidingsprogramma voor (huis)artsen en studenten geneeskunde, waarin de ervaringsdeskundigen mee ingeschakeld worden om de vroegtijdige diagnostiek en de kennis van reumatoïde artritis (RA) beter op punt te stellen.

Het innovatieve programma werd voor het eerst uitgewerkt door Peter Lipsky, reumatoloog aan de universiteit Texas Southwest in de V.S. Professor Dr. R. Westhovens introduceerde het succesvolle project in 1999 in België. Momenteel is Dr. Griet De Brabanter, dokter én RA-patiënt, voorzitter van de vzw Patient Partners Program, die werd opgericht in 2001.

Het belang van vroegtijdige detectie

Reumatoïde artritis is een ongeneeslijke chronische en vaak destructieve ontstekingsziekte, waarbij vroegtijdige diagnostiek van cruciaal belang is voor de levenskwaliteit van de patiënt. Precies deze vroegtijdige opsporing is problematisch. Op röntgenfoto's tijdens de eerste weken valt niets te zien en labotesten tonen nauwelijks aanwijzingen rond de gezondheidstoestand. Alleen een uitgebreide klinische diagnose geeft de nodige achtergrondinformatie. Vandaar dat ervaringsdeskundigen in deze situaties onmisbare partners zijn.

Aan de slag

Ervaringsdeskundigen (lees: patiënten met reumatoïde artritis) geven tijdens het PPP op een interactieve wijze les en gebruiken hun deskundigheid op het vlak van gewrichts- en bewegingsonderzoek en anamnese. Hun recrutering gebeurt door reumatologen, die de opleiding mee organiseren en ook aanwezig zijn tijdens de lessen. Een groot deel van de inhoudelijke vorming wordt eveneens verzorgd door reeds opgeleide Patient Partners. Tijdens de cursus is het gewrichts- en bewegingsonderzoek belangrijk, alsook het inzicht in de gevolgen van de ziekte op sociaal vlak. Elke Patient Partner vult het basisverhaal aan met zijn persoonlijke kenmerken van RA en met ervaringen uit zijn leven. De uniformiteit van het basisverhaal wordt evenwel streng bewaakt. Het PPP is dan ook het voorwerp van permanente evaluatie.

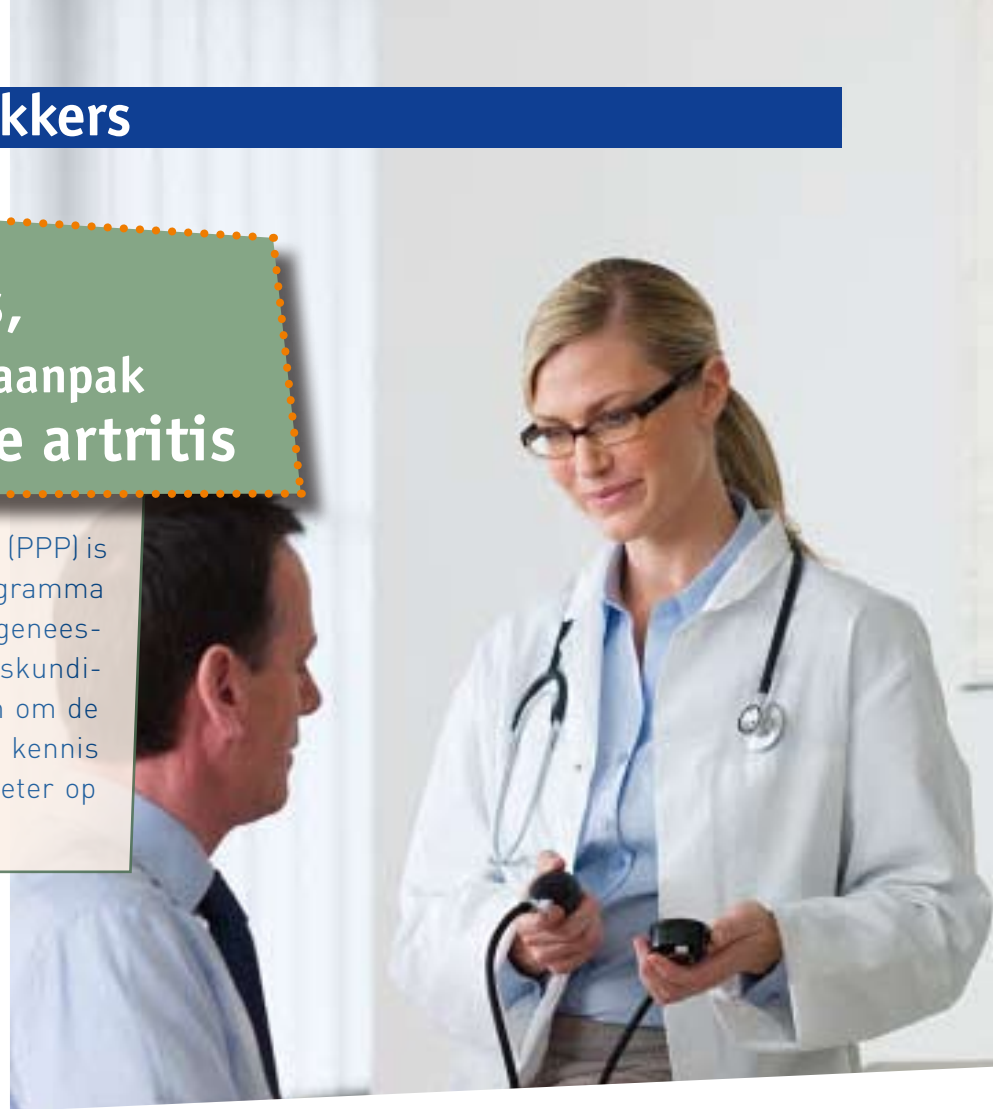
Optimaal zorgaanbod ultiem doel

Het PPP geeft de artsen en studenten een unieke kans om zich verder te bekwamen in de reumatologie. Ze leren de aandoening grondig kennen, blijven op de hoogte van de nieuwste evoluties en bouwen constructieve relaties uit met de zorgverstrekkers. Alle adviserend-geneesheren van de Onafhankelijke Ziekenfondsen kregen ondertussen een PPP-initiatie. En het Patient Partners Program is inmiddels uitgebreid rond de ziekte spondylitis ankylosans (SA). Volgens Dr. De Brabanter is België met dit initiatief een beetje pionier. De patiënten kunnen er alleen maar baat bij hebben.



Piet Van Eenoooghe

piet.vaneenoooghe@mloz.be



Klinische farmacie, een miskende discipline

Klinische farmacie gaat nog een stapje verder dan ziekenhuis-farmacie: de apotheker werkt nauw samen met de patiënt en de zorgverleners om de best mogelijke toepassing van de behandeling te bekomen. In de Angelsaksische wereld mag deze discipline dan al geruime tijd bestaan, in onze ziekenhuizen is dit vrij recent. Een ontmoeting met Stéfanie Quennery, klinisch ziekenhuisapotheker sinds 2002 in de Cliniques Saint-Luc.

"De klinische farmacie is de betrokkenheid tussen de centrale ziekenhuisapothek en de verdiepingen waar de verzorgingsploegen en de patiënten verblijven, legt Stéfanie Quennery (foto) uit. Door actief te zijn in het veld kunnen de gebreken van bepaalde producten, hun toediening of eenvoudigheid hun presentatie aan het licht komen. Kleine verschillen die men pas kan opmerken bij een échte omgang met de producten".



Een stand van zaken

In de Cliniques Saint-Luc, wordt klinische farmacie op twee manieren toegepast: transversaal en gepersonaliseerd. Transversaal betekent dat de klinische apothekers bij voorkeur het gebruik van een soort geneesmiddel (bijvoorbeeld antibiotica) of de behandelingen van een type patiënt (diabetici bijvoorbeeld) gaan onderzoeken. Klinische farmacie wordt gepersonaliseerd wanneer de apotheker een patiënt in een dienst opvolgt die opgenomen is in een verzorgingsploeg.

"Wanneer de patiënt aankomt in het ziekenhuis, dan voeren we zijn geneesmiddelenanamnese uit, legt

Stéfanie Quennery uit. Deze stap is cruciaal, want zo krijgen we een duidelijk beeld van de behandeling die de patiënt thuis volgt: wat neemt hij in het kader van medische antecedenten, wat is zijn consumptie van geneesmiddelen zonder voorschrift (pijnstillers, koortsremmers, bijvoorbeeld), gebruikt hij oogdruppels, homeopathie of andere fytotherapie? Ook vraagt men sinds wanneer hij deze geneesmiddelen neemt en of hij weet waarom hij ze neemt... Al deze elementen zijn belangrijk en kunnen de reactie op de behandeling beïnvloeden."

De ziekenhuisopname

Eens de geneesmiddelenanamnese is opgesteld, wordt die ter beschikking gesteld van de arts. Op basis van deze analyse kunnen de verschillende behandelingen vergeleken worden en redundanties of gebreken opgespoord worden. Tijdens de ziekenhuisopname, houdt de klinisch apotheker bij wat veranderd is, merkt eventuele ongewenste bijwerkingen of intoleranties op, volgt de biologische resultaten van de patiënt op of voert monitorings uit van de geneesmiddelen. "In samenwerking met de artsen, gaan we na of het toegediende geneesmiddel het best aangepast is en doen we voorstellen voor andere behandelingen in functie van de aandoeningen, verklaart Stéfanie Quennery. Het is

tevens de gelegenheid om de manier van toedienen van de geneesmiddelen te optimaliseren."

Bij het verlaten

Wanneer de patiënt het ziekenhuis verlaat, dan krijgt hij van de apotheker een tabel met daarop in detail de behandeling die hij moet volgen. "Dit document geeft aan welke geneesmiddelen de patiënt moet nemen, hoeveel en hoe vaak (einddatum), verklaart Stéfanie Quennery. Ook wordt vermeld of de medicatie vóór, tijdens of na het eten ingenomen moet worden en wat gedaan moet worden met behandelingen die vroeger werden ingenomen of werden stopgezet". De klinisch apotheker stelt ook mee de ontslagbrief op van de dienststart voor de huisarts, door informatie te geven over de geneesmiddelen en over de medische reden van voorschrift.

Aanwezigheid in opmars

"De reacties verschillen van de ene zorgploeg tot de andere, maar na een tijdje, moeten ze allemaal de meerwaarde van onze aanwezigheid inzien, bevestigt Stéfanie Quennery. Op vlak van chirurgie hebben we al kunnen vaststellen dat het aantal nieuwe opnames verminderd is en dat de compliance verbeterd is." Dankzij initiatieven van de FOD Volksgezondheid en specifieke modules voorzien in de opleiding van apothekers, is klinische farmacie ondertussen al iets meer ingeburgerd in onze ziekenhuizen.

Stéfanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be



Centrum voor Klinische Farmacie
UCL www.farm.ucl.ac.be/cfcl

FOD Volksgezondheid
<https://portal.health.fgov.be>
(tik "klinische farmacie" in de zoekmachine)

Cataractbehandelingen: wat gebeurt er

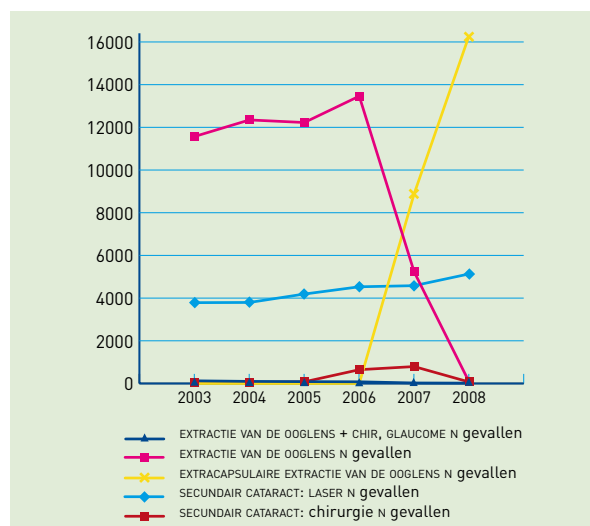
Hoe verklaren we de toename van het aantal ingrepen? Zijn de technieken veranderd? Beantwoordt de koppeling van de honoraria van de anesthesist, aan de chirurgische ingreep nog aan de realiteit? De lopende discussies binnen de overlegorganen van het RIZIV rond de cataractbehandelingen, zijn de aanzet om de praktijken en de evolutie van deze verstrekkingen van dichtbij te bestuderen.

De oorsprong van de huidige discussie ligt bij de budgetoverschrijding. De overschrijding geldt niet enkel voor de cataractbehandelingen, maar is ook van toepassing op de gekoppelde anesthesieverstrekkingen. De oorspronkelijk verhoogde coëfficiënt van de cataractbehandeling werd terugschroefd, wat de budgetoverschrijding voor de interventie corrigeerde. Het debat draait nu rond het effect van deze maatregel op de honoraria van de anesthesist. Wat is de praktijk op het terrein? Stemt een systematische koppeling van de honoraria van de anesthesist met de heelkundige verstrekking nog overeen met de realiteit van de inhoud van de verstrekkingen? We trachten een antwoord te vinden op al deze vragen. Verder hebben we ook gekeken naar de verschillen in praktijk en naar de kostprijs.

Hoe staan de Onafhankelijke Ziekenfondsen tegenover deze problematiek?

Evolutie van het aantal ingrepen

De onderstaande grafiek toont de evolutie aan van het aantal gevallen volgens de gebruikte techniek. De extracapsulaire extractie (gele lijn) is terugbetaald sinds 01.05.2007.



Er is een exponentiële toename van het aantal behandelde patiënten volgens de recente techniek van de extracapsulaire extractie. Deze toename is belangrijker dan de daling van het aantal gevallen volgens de oudere, klassieke techniek van extractie van de ooglens (roze lijn). De meest uitgesproken stijging van de incidentie van de cataractinterventies bevindt zich in de leeftijdsgroep 60-69 jaar.

Evolutie van de incidentie van de cataractingrepen (%)

	in 2003	in 2008
jonger dan 40 jaar	0,02	0,03
40-49 jaar	0,08	0,09
50-59 jaar	0,28	0,40
60-69 jaar	1,20	1,48
70 jaar en ouder	4,50	4,75

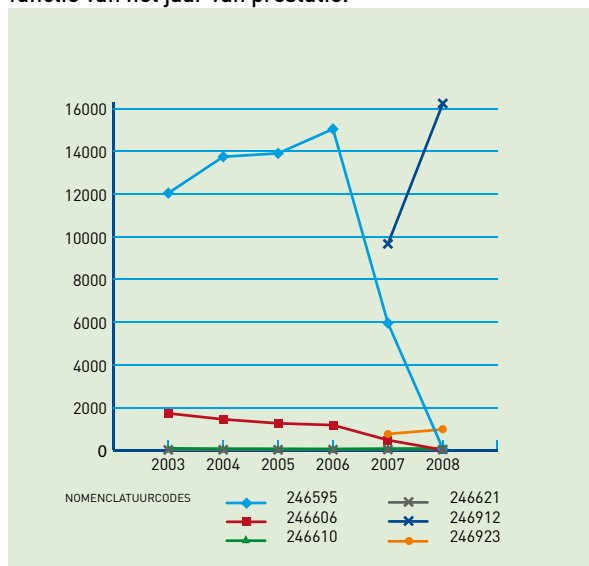
De stijging van het totaal aantal verstrekkingen overstijgt het eenvoudige substitutie-effect van de nieuwe techniek van extracapsulaire extractie. De vraag van een eventuele overconsumptie kan gesteld worden. De nieuwe techniek kent minder complicaties en betere resultaten. Een betere risico – batenverhouding rechtvaardigt in hoge mate de uitbreiding van de indicaties.



Hospitalisatie of ambulante zorgen?

Met de nieuwe techniek [246912*] zien we vanaf 2006 ook een verschuiving naar de ambulante sector. De verstrekking 246606 (extractie ooglenzen ongeacht de techniek) vermindert voornamelijk in het voordeel van de nieuwe techniek, de extracapsulaire extractie in ambulante setting [246912*]. In 2008, gebeurt nog slechts 5,6% van deze ingrepen tijdens een klassieke hospitalisatie, in 2006 was dit nog 7,3%.

Evolutie van het aantal interventies (ambulante of niet) in functie van het jaar van prestatie.



De anesthesie

De meerderheid van de extracapsulaire extracties gebeurt met het attesteren van een anesthesie door de anesthesist. In een ambulante setting is dit het geval voor 80% van de ingrepen, voor de klassieke hospitalisaties geldt dit voor 91% van de gevallen.

De praktijk is wel sterk verschillend naargelang het ziekenhuis. De grote meerderheid van de ziekenhuizen (74 ziekenhuizen op 110 die de interventie ambulant uitvoeren) attesteert nooit een anesthesie door de oogarts (lokale anesthesie) maar wel anesthesie door de anesthesist in 100% van de ambulante prestaties. 18 ziekenhuizen attesteren een anesthesie door de oogarts in meer dan 95% van de gevallen.

Geen van beide extremen kan medisch worden gerechtvaardigd. Er wordt verondersteld dat een algemene narcose slechts in 5 à 10 % van de gevallen noodzakelijk is.

Naast het ziekenhuis waar de verstrekking wordt uitgevoerd, wordt de keuze van het type anesthesie ook beïnvloed door de leeftijd van de patiënt. Bij oudere patiënten is er een iets grotere kans op een lokale anesthesie gepresteerd door een oogarts (13% meer voor een patiënt van 80 jaar dan voor een 10 jaar jongere patiënt).

* nomenclatuurcodes

De kostprijs in 2008

Het verschil in kost voor de verplichte verzekering volgens het type van anesthesie, maakt uiteraard, dat de bijdrage van de verplichte verzekering belangrijker is als de anesthesist de anesthesie aanrekent.

In de ambulante setting is het persoonlijke aandeel voor de patiënt gelijk, onafhankelijk van het type anesthesie. Het verschil ligt op het niveau van de supplementen. Deze zijn een weinig hoger in het geval van de anesthesie door anesthesist. In dit geval betaalt de patiënt in totaal rond de €425. 10% van de patiënten betaalt meer dan €950.

Tijdens een klassieke hospitalisatie, verhoogt de bijdrage van de patiënt volgens de verblijfsduur. De bijdrage voor de patiënt in het geval van 1 overnachting en een "algemene anesthesie" (de meest frequente situatie), bedraagt wel meer dan het dubbel van de ambulante setting, waarvan €550 aan supplementen. Meer dan 25% van de patiënten betalen in totaal meer dan €800 voor een verblijf van 1 nacht.



Bij de ambulante behandeling van cataract is de tussenkomst van de patiënt hoog ingevolge de aangerekende supplementen: in geval van anesthesie door een anesthesist bedragen deze gemiddeld meer dan €400.



De ingrepen gebeuren meer en meer in ambulante setting, wat overeenstemt met de algemene evolutie in de gezondheidszorg. De budgetoverschrijding rechtvaardigde een vermindering van de terugbetaling van de verstrekking en van de geassocieerde anesthesieverstrekking in 2009.

De belangrijke meerkost is voornamelijk te wijten aan de overwegende praktijk van anesthesie door de anesthesist, zowel voor de ziekteverzekering als voor de patiënt onder de vorm van ambulante honoraria-supplementen en bovenal als gevolg van persoonlijke aandelen ingeval van klassieke hospitalisatie.

De praktijkverschillen tussen ziekenhuizen (van 5 tot 100%) alsook het aantal anesthesies door de anesthesisten (80% ambulant en 91% in klassieke hospitalisatie), vergeleken met de literatuurgegevens, dagen ons uit om de relatie tussen chirurgische interventie, de nodige anesthesie en de terugbetaling ervan in vraag te stellen.

Conclusies

Onze studie toont duidelijk aan dat er een toename is van het aantal interventies voor behandeling van cataract sinds de introductie in 2007 van een nieuwe, meer performante chirurgische verstrekking (de extracapsulaire extractie van de lens). Het substitutie-effect met de oude verstrekking is gerechtvaardigd en de voordelen van de nieuwe verstrekking verklaren waarschijnlijk de bredere indicatiestelling.

Agnès Leclercq agnes.leclercq@mloz.be

Ann Ceuppens ann.ceuppens@mloz.be

Regina De Paepe regina.depaepe@mloz.be

Diensten Studies en Expertise van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Lees ook het standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, p. 25

NIEUW

Nieuwe studie rond reuma

In het kader van hun inspanningen rond chronische ziekten zijn de Onafhankelijke Ziekenfondsen gestart met een onderzoek rond TNF-remmers en reumatische aandoeningen. De volgende vragen staan centraal: wat is het profiel van deze patiënten, zijn ze therapietrouw en wat is de "cost of care" van deze chronische aandoeningen? Heeft de TNF-remmer een impact op deze kostprijs en de levenskwaliteit van de patiënten?

We geven enkele opmerkelijke voorlopige resultaten:

- De gemiddelde leeftijd bij het opstarten van de medicatie is 55 jaar.
- 3 op 4 patiënten zijn vrouwen.
- De compliance lijkt er hoog te zijn, voor sommige producten loopt die op tot meer dan 90%.
- Extrapolatie van onze cijfers geeft aan dat er jaarlijks in België 560 nieuwe reumapatiënten starten met een TNF-remmerbehandeling.

Systematische koppeling anesthesieverstrekking aan chirurgische verstrekking moet worden in vraag gesteld

Een chirurgische interventie evenals de bijhorende anesthesie was vroeger (en dan spreken we op het vlak van de evolutie van de zware chirurgie, van de tweede helft van de 20ste eeuw) vaak een riskante onderneming voor de patiënt.

De interventie was gevaarlijk en soms levensbedreigend, de anesthesie was "zwaar". De koppeling was dus logisch en "proportioneel" aanvaardbaar.

Ondertussen zijn de technieken sterk geëvolueerd, de endoscopische ingrepen of de interventionele beeldvorming, zijn bijvoorbeeld veel minder invasief dan de klassieke ingrepen en vergen bijgevolg ook lichtere anesthesie.

De proportionaliteit tussen het risico voor de patiënt, voor de chirurg en voor de anesthesist is minder duidelijk.

Soms is een "algemene" anesthesie niet noodzakelijk voor een chirurgische verstrekking. De "kwetsbaarheid" van de patiënt kan wel een doorslaggevende factor zijn, meer bepaald aan het begin en het einde van het leven (baby's en bejaarden).

Een kleine ingreep kan alsdan een moeilijke anesthesie verantwoorden.

Kwaliteit en veiligheid van de patiënt

De systematische koppeling van de anesthesie aan de chirurgische verstrekking moet in vraag gesteld worden en elke verstrekking moet naar waarde worden geschat en als dusdanig vergoed. De parameters voor het bepalen van de waarde van de verstrekkingen moeten in de eerste plaats vastgesteld worden in functie van de "kwaliteit" van de verstrekking en de "patiëntveiligheid". De verstrekker (anesthesist, chirurg) moet vergoed kunnen worden in functie van de tijd die hij aan een interventie besteedt.

De moeilijkheid en de complexiteit van een interventie bepalen de vereiste expertise en het nemen van verantwoordelijkheid. De toestand of leeftijd van de patiënt kan de zwaarte van de verstrekking beïnvloeden.

Kwaliteit van de zorg en patiëntveiligheid moeten bovendien altijd kunnen worden gegarandeerd. De trend van de behandeling van bepaalde ingrepen, zoals cataractchirurgie, in praktijken buiten het ziekenhuis, maakt ons extra waakzaam.

Als verzekeringsinstelling moeten we alert zijn voor de mogelijke risico's van patiëntselectie temeer

omdat de voorwaarden van vergoeding dezelfde zijn.

Indien de toegang tot bepaalde technieken, zoals algemene anesthesie, beperkt is (met recht en rede om redenen van veiligheid enz...), dan wordt de toegang tot de praktijken buiten het ziekenhuis beperkt tot de patiënten zonder (ernstig) risico.

Deze trend heeft ook een impact op de activiteit van de verstrekkers. De verschuiving naar extramurale settings van verstrekkingen zonder risico, met patiënten in goede conditie die op afspraken behandeld kunnen worden, maakt dat het ziekenhuis de meerderheid van de complicaties en moeilijke gevallen behandelt.

Aan de intramurale sector worden normen van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid opgelegd. Bovendien verzekert de sector alleen de continuïteit van de zorg en de spoed, 24u op 24.

We denken dat de criteria van kwaliteit van zorg en veiligheid moeten worden vastgelegd en geëvalueerd in zowel de intra- als extramurale structuren en dat de patiënten moeten beschikken over de pertinente informatie hieromtrent.

Transparantie

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten bovendien voor een zo groot mogelijke transparantie in de prijs/waarde van elke geneeskundige verstrekking apart. Transparantie in de prijs van het gebruikte materiaal bij een ingreep of bij levering van bv. prothesen, bandages, implantaten, ... door middel van de ontkoppeling van de vergoeding van het materiaal en van de intellectuele acte van de verstrekker. We wensen dit principe ook door te trekken naar de vergoeding van anesthesie en chirurgie en zelfs naar de dienstverlening naar de patiënten toe zoals in het geval van de permanentie/wachtdiensten.

Conclusie: de Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor de ontkoppeling van de waarde van de anesthesieverstrekking aan de waarde van de chirurgische ingreep. De Onafhankelijke Ziekenfondsen wensen dat elke verstrekking, op zich, naar waarde wordt geschat, rekening houdend met verschillende parameters waarvan kwaliteit en patiëntveiligheid de belangrijkste zijn, in zowel intra- als extramurale praktijken.

Europa steunt de strijd tegen kanker

In het najaar 2009 lanceerde de Europese Commissie het "European Partnership for Action against Cancer".

De Onafhankelijke Ziekenfondsen vertegenwoordigen het AIM (Association Internationale de la Mutualité) in het partnership.

Kanker eist een zware tol. Jaarlijks krijgen zo'n 3,2 miljoen Europeanen de diagnose kanker. Bovendien overlijden elk jaar ongeveer 1,7 miljoen mensen ten gevolge van de ziekte. Opvallend is dat er tussen de verschillende Europese lidstaten grote ongelijkheden worden vastgesteld in incidentie en mortaliteit ten gevolge van kanker. Om de groeiende en ongelijk verdeelde ernst en omvang van kanker terug te dringen, werd het Europees partnership voor Kankerbestrijding voor de periode 2009-2013 opgericht. Door samenwerking op het Europese niveau te stimuleren wil men kanker op een meer doeltreffende manier aanpakken. Dat is nodig, want door de vergrijzing van de bevolking zal kanker alleen nog aan belang winnen. Het partnership brengt experts uit heel Europa samen zodat ze van elkaars "best practices" kunnen leren en kennis en ervaringen kunnen uitwisselen. De uiteindelijke doelstelling van het partnership is dat de lidstaten tegen 2020 geïntegreerde plannen voor kankerbestrijding hebben en op die manier het aandeel nieuwe patiënten met 15% verminderd kan worden.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen tegen kanker

Om de doelstellingen na te streven buigen tal van onderzoekers, artsen, beleidsmakers, patiëntenverenigingen, enz. zich in werkgroepen over verschillende thema's zoals kankerpreventie, behandeling, onderzoek en gegevensverzameling. De Onafhankelijke Ziekenfondsen vinden dat zij als groep van "gezondheidsfondsen" een belangrijke rol hebben in de motivatie van de bevolking tot gezonde leefgewoonten ter preventie van kanker en het aanzetten van risicogroepen tot deelname aan de georganiseerde bevolkingsonderzoeken. Vanuit die invalshoek vertegenwoordigen ze alle Europese ziekenfondsen en zorgverzekeraars in het partnership, en meer bepaald in de werkgroep "kankerpreventie".

Prioriteiten op het vlak van kankerpreventie

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie kan 40% van de kankers voorkomen worden als er efficiënter wordt omgegaan met risicofactoren: er is nog steeds

een te hoog tabaksgebruik, te veel mensen kampen met overgewicht, we eten te weinig groenten en fruit, we bewegen te weinig en we drinken nog te veel alcohol. De "Europese Code tegen Kanker" somt de aanbevelingen op rond levensstijl. Daarnaast worden er accenten gelegd op de deelname aan screeningsonderzoeken voor de vroege opsporing van borst-, baarmoederhals- en dikkedarmkanker. Deze aanbevelingen zijn echter te weinig bekend bij het grote publiek. Het partnership wil daar verandering in brengen door de communicatie van de "Europese Code tegen Kanker" bij specifieke groepen te verbeteren.



Karen Willems
Health Promotion Manager
karen.willems@mloz.be

NIEUWE PUBLICATIE



Kanker: beperk de risico's

In de brochure, ligt de klemtoon enerzijds op het stimuleren tot gezonde leefgewoonten ter preventie van kanker en anderzijds op het belang van deelname aan screeningsonderzoeken voor de vroegtijdige opsporing van kanker. De brochure is opgebouwd

rond 10 tips, gebaseerd op de Europese aanbevelingen op het vlak van kankerpreventie.

De brochure "Kanker: beperk de risico's" is gratis verkrijgbaar via de lokale ziekenfondskantoren of bij de dienst Gezondheids promotie van de Landsbond: gezondheidspromotie@mloz.be of telefonisch op 02/778 92 11.

Borstkankeropsporing

Naar een betere kwaliteit en een ruimere toegankelijkheid

De terugbetaling van de borstkankeropsporing is het onderwerp geworden van een heftige polemiek. De Technisch Geneeskundige Raad wenst de financiële drempel voor de hoog risicopatiënten weg te nemen en de mammotest het voorkeursonderzoek te maken voor de georganiseerde opsporing van borstkanker bij vrouwen van 50 tot 69 jaar. De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen deze benadering maar pleiten ervoor dat ook de individuele opsporing voor andere groepen toegankelijk blijft en voorwerp uitmaakt van dezelfde kwaliteits opvolging als bij de mammotest.



Borstkanker is de meest voorkomende tumor bij vrouwen en bovendien de belangrijkste oorzaak van overlijden tot 70 jaar.

Bij vrouwen tussen 50 en 69 jaar kan er heel wat gezondheidswinst geboekt worden door vroegtijdige opsporing: we kunnen de overleving verbeteren met minstens 25 à 30%. Teneinde efficiënt te zijn op het niveau van de bevolking dient de opsporing zoveel mogelijk vrouwen van 50 tot 69 te bereiken én te beantwoorden aan strikte kwaliteitscriteria. De regionale overheden (Vlaamse en Franse Gemeenschap) ondersteunen deze opsporing: via hun opsporingsprogramma nodigen zij alle vrouwen van 50 tot 69 jaar uit voor een gratis mammotest om de 2 jaar.

Voor vrouwen van 40 tot 49 jaar zijn de gegevens minder duidelijk. Een kwart van alle borstkankers komt voor in die jongere groep. Dankzij vroegtijdige opsporing wordt de kans op overleving verhoogd (met 15 tot 20%

volgens bepaalde studies). De analyse van mammo-grafieën is bij deze vrouwen gecompliceerder dan in de groep van 50 tot 69 jarigen. Bij jongere vrouwen is het risico om de aanwezige tumor te missen of omgekeerd een onschuldig letsel verkeerdelijk te weerhouden als tumor, hoger door de gemiddeld hogere densiteit van de borsten.

Deze onzekerheden verklaren de huidige felle discussies in de schoot van de Technische Geneeskundige Raad. Een aantal leden pleiten voor het afschaffen van de terugbetaling voor het opsporingsonderzoek voor vrouwen die niet behoren tot de twee duidelijke doelgroepen (50-69 jarigen en hoog risicogroepen).



Dr Chris Monten

Expert

chris.monten@mloz.be

Betere financiering van de mammografische eenheden.

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Buiten de doelgroep van vrouwen van 50 tot 69 jaar en buiten de hoog risicogroep, is er plaats voor de individuele preventieve opsporingsmammografie. Minstens voor de vrouwen die tot de groep met bescheiden risico behoren en waarvoor de aanbevelingen vanaf 40 jaar een jaarlijkse opsporingsmammografie aanraden. De voorschrijvende arts dient hier wel goed de voor- en nadelen van het onderzoek met de vrouw te bespreken. De huidige debatten, waarin er stemmen opgaan om vrouwen buiten de twee belangrijkste doelgroepen (het door de regionale overheden georganiseerde onderzoek en de hoog risicopopulatie) uit te sluiten van zowel de diagnostische als de opsporingsmammografie, gaan voorbij aan de bestaande aanbevelingen en wetenschappelijke evidentie omtrent borstkankeropsporing en zijn in conflict met o.a. de aanbevelingen van Domus Medica (Vereniging voor huisartsen).

Bovendien gaan een deel van die vrouwen toch weer in het "diagnostische circuit" terecht komen met alle nadelen vandien: opsporing kan niet meer onderscheiden worden van "diagnostische mammografie" om op termijn het effect ervan op te volgen. En er is geen duidelijk onderscheid mogelijk om kwalitatieve opsporing (mammografische eenheden – tweede lezing) toe te laten. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor een uitbreiding van de financiering van de mammografische eenheden zodat deze ook de opsporing buiten het georganiseerd bevolkingsonderzoek kunnen opvolgen. In de huidige setting worden de hoog risicogroepen en de andere opsporingsmammografieën (diegene die niet deel uitmaken van de georganiseerde screening) immers onthouden van tweede lezing en van kwaliteitsopvolging.

Robots om mindervaliden te helpen

In het eerste nummer van Health Forum hadden we het over de aanwezigheid van robots in het ziekenhuis. In onze huizen zijn robots niet meer weg te denken. En dit is geen science fiction, maar wel de zeer nabije toekomst! Ze bedienen ons en voeren in onze plaats allerlei vervelende en repetitieve taken uit.



Helen Greiner, voorzitter van iRobot, verklaarde in 2005 al het volgende over robotica: "De tijd dat de huishoudrobot gereserveerd was voor een handvol enthousiastelingen is voorbij. De vraag is niet langer of u thuis een robot hebt, maar hoeveel u er hebt".

Robots ten dienste stellen van oudere of gehandicapte personen past binnen de volgende logica: robots worden voorgesteld als oplossing voor de vergrijzing van de bevolking en het uitdunnen van het verzorgend personeel. Japan heeft aangekondigd dat het tegen 2015 androïden in gebruik wil stellen

en robotica wil aanwenden om het dagelijkse leven van oudere of gehandicapte personen te verbeteren. Europa blijft niet in gebreke en is ook actief in het onderzoek binnen dit domein.

Uit een recente studie van de IFR (International Federation of Robotics) blijkt dat tegen 2012, er wereldwijd 12 miljoen huishoudrobots verkocht zullen worden voor een bedrag van 3 miljard dollar. De robots kunnen verschillende functies vervullen: gezelschap voor een persoon, aanvulling op of vervanging van verzorgend personeel, hulp bij huishoudelijke taken. Dat kan gaan van een robot met de meest eenvoudige technologische

samenstelling tot de meest complexe machines, die de mens opvallend sterk benaderen op het "fysieke" en "emotionele" vlak.



Dominique Dieng
Project Manager

dominique.dieng@mloz.be

Onze toekomstige vrienden

Huishoudhulpjes: van een robot die automatisch de vloer schoonmaakt, over het rijdende dienblad Wheelie (Toshiba), dat uw maaltijden serveert, tot MySpoon, een robot die personen helpt met moeilijkheden om zelfstandig te eten... de markt biedt al een uitgebreid gamma van producten aan.

Mobiliteitshulpjes: de Amerikaanse El-E, is gebouwd naar het model van een hond die oudere personen bijstaat: hij kan acties uitvoeren zoals een voorwerp oprapen, een deur openen, een geneesmiddel gaan halen... Ook robots die helpen bij het stappen zoals het exo-squelette van het Belgische project Altacro behoren tot deze categorie.

Gezelschapsrobot: alleenstaande personen gezelschap houden, zonder de ongemakken van een echt huisdier, dat is de bedoeling van deze gerobotiseerde dieren. AIBO (Sony) is de bekendste, GENIBO/DATO is de Koreaanse opvolger. POMI is dan weer een kleine pinguïn die kan zien, horen, tasten, emoties uiten en geuren afscheiden.

Telepresence: deze soort robot herinnert eraan om geneesmiddelen te nemen, waakt over de patiënt, neemt zijn temperatuur, houdt de vitale parameters van de patiënt in het oog, lanceert een alarm in geval van problemen, helpt iemand rechtop staan...en dat zijn nog maar een paar van zijn functies. De robot

CompanionAble, een Europees project waaraan het Belgisch innovatiecentrum in-HAM meewerkt, zal uitgerust worden met een gevoeligheid waarmee hij de emoties van de persoon die hij begeleidt zal kunnen waarnemen.

De humanoïds: hebben een menselijkere vorm en beweeglijkheid. De pionier ASIMO (Honda) zou vervangen worden door een nog performanter prototype, de P4. De Koreaanse robot Marhu-Z en zijn compagnon Mahru-M die poetst, de was in de wasmachine stopt, voedsel opwarmt in de microgolfoven, enz. is momenteel de meest geavanceerde robot, wat de imitatie van de menselijke bewegingen betreft.

"Leef Gezond", een interactief televisie- platform voor gezondheid

In 2009 richtten de Onafhankelijke Ziekenfondsen hun pijlen voor het eerst op het medium digitale televisie. Zorg TV richtte zich tot diabetes type 2-patiënten. Nu krijgt dit initiatief navolging met het interactieve platform "Leef Gezond" eveneens toegankelijk voor alle Belgacom TV abonnees. Op deze manier bevestigen de Onafhankelijke Ziekenfondsen hun rol als innovatieve voortrekker binnen de gezondheidswereld.

Steeds meer kijkers maken enthousiast gebruik van digitale televisie. Het medium biedt hen, ten opzichte van analoge televisie, meer interactieve mogelijkheden zoals: programma's of afleveringen bestellen, communiceren, extra video's opvragen en actief deelnemen aan tv-quizen en programma's.

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Partena Onafhankelijk Ziekenfonds nemen deze digitale opportuniteiten met beide handen aan en lanceerden samen, in april 2010, het interactieve televisieplatform "Leef Gezond".

Informatie en een gezonde quiz

Partena Onafhankelijk Ziekenfonds vindt in dit platform de mogelijkheid om iedereen in Vlaanderen te overtuigen om gezond te leven en te genieten. Binnen het platform "Leef Gezond" kan men de gezondheidsagenda van Partena Onafhankelijk Ziekenfonds digitaal raadplegen en een wekelijkse gezonde tip meepikken. Bovendien kan men

deelnemen aan een gezonde quiz! Twee presentatoren leiden je doorheen het interactieve gebeuren. Zo kunnen de kijkers van Belgacom TV ook van thuis uit gezond leven!

Onze diensten

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen volgt de nieuwe technologisch evoluties op de voet en wil deze ten dienste stellen van de patiënten. Innovatieve projecten als SMS - coaching voor personen die wensen te stoppen met roken en de multidisciplinaire en interactieve opvolging van diabetes type 2-patiënten via Zorg TV zijn hiervan mooie voorbeelden.

Digitale televisie biedt de Landsbond bovendien een uitgelezen kans om de kijkers van digitale televisie kennis te laten maken met hun diensten. De hospitalisatieverzekering Hospitalia en het tandzorgprogramma Dentalia Plus worden uitgelegd door middel van o.a. een film. En er is ook ruimte voor een verslag van de aanwezigheid tijdens de eerste editie van de sporthappening "Golden Sunday"

in het Brusselse Jubelpark, in samenwerking met het Belgisch Olympisch en Interfederaal Comité (BOIC). Ten slotte is er ook een filmreportage over de Gezondheidsweek voor kankerpatiënten die doorging in Dunepanne, het zorgverblijf van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in De Haan.

Praktisch

Wanneer je geabonneerd bent op Belgacom TV, kan je het televisieplatform bekijken door op de blauwe knop te drukken en dan te klikken naar "Leef Gezond". Niet-abonnees kunnen voor de gezonde quiz ook steeds terecht op de website van Partena Onafhankelijk Ziekenfonds (www.partena-partners.be).

Kim Verbruggen

kim.verbruggen@mloz.be

Irina Odnoletkova

T 02/778.94.52

irina.odnoletkova@mloz.be



Fietsen tegen reuma

Samen op weg naar Rome

Sinds 2006 fietsen een 70 tal reumatologen, patiënten en sympathisanten elk jaar vanuit Brussel naar het Eular-congres, hét internationaal congres van reumatologen. In juni brengt de fietsexpeditie hen tot in Rome. Opzet: het plaatsen van reuma hoog op de nationale én Europese gezondheidsagenda.

Het doel van Fietsen tegen Reuma is tweevoudig: enerzijds reuma in de belangstelling van het grote publiek brengen en anderzijds aan fundraising doen voor het financieren van onderzoek in de reumatologie.

De zorgvuldig uitgestippelde fietstochten door de vzw BARIE brengen het zogenaamde "Peloton van de hoop" langs Europese instellingen, ziekenhuizen, patiëntenverenigingen en decisionmakers. Toeschouwers langs de weg wijzen stevast naar de speciale pinofietzen, aangepaste tandems bemand door telkens een dokter en een patiënt die effectief meefietst. Qua symboliek een niet mis te verstaan signaal naar de buitenwereld: samen streven ze naar de best mogelijke patiëntenzorg.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen als hoofdsponsor dit bijzonder initiatief sinds de editie Brussel- Barcelona 2007, gevolgd door de tocht naar Parijs in 2008, Kopenhagen vorig jaar en nu het huzarenstukje: de expeditie over de Alpen naar het Eularcongres in Rome.

Reumatische aandoeningen in the picture

Bijzonder is het brede spectrum aan fietsende patiënten met verschillende pathologieën: gaande van reumatoïde artritis, over lupus tot sclerodermie. Mannen, vrouwen maar ook oud én jong. Getuige ook de aanwezigheid van Quentin, 11 jaar inmiddels die, samen met zijn ouders en broertje elk jaar van de partij zijn. Chronische ontste-

kingsreuma treft ook kinderen! Dit is zondermeer een opvallend gegeven voor zij die niet zo vertrouwd zijn met de problematiek.

Volgens de fietsende kinderreumatologen Dr. Rik Joos (UZ Gent en Koningin Paola Kinderziekenhuis Antwerpen) en Dr. Valérie Badot



Quentin neemt samen met zijn ouders deel aan het avontuur

(CHU Brugmann) is het precies die mediagerichtheid van kinderreu-
ma, ondermeer via BARIE, dat leidt
tot een bredere bekendheid van
die ziekte bij het ruime publiek.
Dankzij een zeer goede samen-
werking tussen pediaters en
reumatologen, de systematische
vooruitgang in het onderzoek en
de opkomst van nieuwe behande-
lingen zoals biologische therapieën
is er het laatste decennium heel wat
vooruitgang geboekt op het vlak
van kinderreu-
ma.

De andere toonaangevende fiet-
sende Belgische reumatologen
zijn vol lof over het mobiliserende
karakter van dit fietsevenement
naar de buitenwereld toe. Als deel-
nemers vormen ze een opvallend
hechte groep zorgverstrekkers en
de betrokkenheid met de groep
patiënten is zeer frappant.

Samen de Rubicon over...

Fietsen en reuma is voor de deelne-
mende patiënten een allesbehalve
evidente combinatie. Gezwollen
en pijnlijke gewrichten hinderen,
vermoeidheid maakt het voor hen
extra lastig, hitte en dorst én een
al dan niet hellend parcours zijn
bijkomende obstakels. Volgens
Mevr. Monserez, voorzitter van
BARIE, kondigt de editie naar de
Italiaanse hoofdstad zich heroïsch
aan. Gemiddeld zullen de deel-
nemers per dag 50 à 60 kilometer
fietsen, afgewisseld met stevige
bustrajecten én bezoeken aan
Belgische, Luxemburgse, Franse,
Zwitserse en Italiaanse zusterorga-
nisaties. Er wacht hen een hartelijk
ontvangst op 16 juni in Rome.

Piet Van Eenoohe

Public Communication advisor
Events & Partners
piet.vaneenoohe@mloz.be



Reisroute

Brussel – Rome 2010

10 juni - België – dag 1

Start op 10 juni vanuit Brussel om 9u30 aan
het Luxemburgplein.

Richting Ottignies met ontvangst in het Sint-Pieter-
ziekenhuis, vervolgens naar Namen en Mont-Godinne.

11 juni - Luxemburg - Frankrijk – dag 2

Vertrek aan de Europese Instellingen te Luxemburg,
tot het Europees Parlement in Straatsburg.

12 juni - Frankrijk - Zwitserland – dag 3

Enkele bergritten tot in Yverdon, Zwitserland.

13 juni - Zwitserland - Italië – dag 4

Yverdon, richting Lausanne, Martigny,
en Val d'Aoste.

14 juni - Italië – dag 5

Aoste richting Pisa.

15 juni - Italië – dag 6

Pisa - Ladispoli op 45 km van het congrescentrum.

16 juni - Italië – dag 7

Aankomst in Rome.



Marie-Jo Monserez,
Voorzitster BARIE vzw



www.barie.be
www.eular.org

Nieuws van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Alle recente nieuwsberichten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Lees ook al onze andere nieuwsberichten op onze website www.mloz.be !

Naar een gerichte preventiestrategie in de mondzorg

In maart 2010 organiseerde de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen het Dento Health Forum in het kader van de studie "Naar een gerichte preventiestrategie in de mondzorg", uitgevoerd onder de leiding van Professor Jacques Vanobbergen (UGent) en Dr. Ann Ceuppens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.



Prof. Jacques Vanobbergen

Professor Jacques Vanobbergen opende het forum door op een frappante wijze een foto van een gebit van een 55-jarige patiënt te projecteren. Voor de onderzoeker

is cariës een onopgelost probleem. Hij bevestigt nochtans dat er op mondiaal niveau meer en meer aandacht komt voor preventie. "Er moeten verschillende vormen van preventie zijn in functie van de voorgeschiedenis van de aandoening. We moeten een alter-



Dr Ann Ceuppens

natieve aanpak hebben voor deze problematiek". Regina De Paepe, expert bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, verduidelijkte dat preventie op dit ogenblik niet opgenomen is in de nomenclatuur van de tandzorg. Zij verdedigde ook het idee van een gepersonaliseerd zorgtraject voor patiënten met een hoog risicoprofiel op tandbederf en suggereerde het opzetten van een werkgroep. Aan het evenement namen een vijftigtal personen deel, waaronder vertegenwoordigers van het RIZIV, van beroepsorganisaties van tandartsen en de vakpers.



Regina De Paepe

natieve aanpak hebben voor deze problematiek". Regina De Paepe, expert bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, verduidelijkte dat preventie op dit ogenblik niet opgenomen is in de nomenclatuur van de tandzorg. Zij verdedigde ook het idee van een gepersonaliseerd zorgtraject voor patiënten met een hoog risicoprofiel op tandbederf en suggereerde het opzetten van een werkgroep. Aan het evenement namen een vijftigtal personen deel, waaronder vertegenwoordigers van het RIZIV, van beroepsorganisaties van tandartsen en de vakpers.

Innovatief multiservice platform voor arts en patiënt

In uw praktijk stelt u alles in het werk om de patiënt optimaal te begeleiden en te behandelen. Maar wat indien uw patiënt een afspraak vergeet, zijn behandeling niet correct volgt, méér info wenst over zijn ziekte of niet tijdig zijn voorschrift vernieuwt? Challenger heeft hiervoor, in samenwerking met de Onafhankelijke Ziekenfondsen, een oplossing uitgewerkt: het communicatieplatform @dvice.



Als huisarts of specialist kan u nu via een volledig beveiligd internetplatform diensten aanbieden die een meerwaarde aanbieden voor uzelf of voor uw patiënten. Via @dvice kan u uw patiënt informeren over hun ziekte en hun behandeling en kan u hen inschrijven voor een programma dat hun therapietrouw ondersteunt. Dit is mogelijk door middel van herhaal sms'jes, elektronische nieuwsbrief tot en met video-info. Natuurlijk en dit is primordiaal: met het volste respect voor uw therapeutische relatie en helemaal door u gecontroleerd.

@dvice stelt u tevens richtlijnen, posologiefiches, terugbetalingsformulieren etc.. ter beschikking. En bovendien: een professioneel smsplatform geeft u de mogelijkheid om uw patiënten persoonlijk te herinneren aan eerder gemaakte afspraken of hen andere professionele informatie te verstrekken via sms.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen ondersteunen innovatieve projecten als @dvice die een meerwaarde bieden voor de gezondheidszorg. In concreto gaat het hier over een communicatieproject waarbij ondermeer het correcte gebruik van geneesmiddelen en een goede therapietrouw, noodzakelijke voorwaarden voor een geslaagde behandeling centraal staan. Het breed spectrum aan infobrochures – en modules, SMS-rookstopcoaching, diseasemanagementprogramma voor diabetici, enz... van de Onafhankelijke Ziekenfondsen krijgt meteen de perfecte plaats die het verdient: deze van het @dviceplatform.

Dit communicatieplatform is gratis toegankelijk voor zorgverstrekkers. Meer informatie en hoe u zich kan inschrijven, vindt u op www.advice.be

Nieuws van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Maak kennis met de adviserend geneesheren



Deze brochure benadrukt de sleutelrol die een advise-rend geneesheer speelt binnen het ziekenfonds. De adviserend geneesheer controleert of een persoon beantwoordt aan de criteria om, in bepaalde gevallen, in aanmerking te komen voor een welbepaalde tussenkomst en geeft raad aan leden en verstrekkers. Over welke specifieke materies geeft hij raad, heeft hij nog andere taken en tot waar reikt zijn werkterrein? Dit zijn slechts enkele vragen die deze brochure beantwoordt. De brochure behandelt ook de evaluatie van arbeids-ongeschiktheid en de rol van de adviserend geneesheer binnen de medische zorgen.

U wenst brochures te bestellen voor u of voor uw patiënten? Dit kan via onze site www.mloz.be!

Oproep tot kandidaten

Gezondheidsweek voor mensen die herstellen van kanker



De Onafhankelijke Ziekenfondsen en het zorgverblijf Dunepanne organiseren in oktober 2010 opnieuw enkele gezondheidsweken voor mensen die een oncologische behandeling hebben ondergaan. Tijdens de gezondheidsweek staan lotgenotencontact en zelfmanagement centraal. Via allerhande workshops rond lichaamsbeweging, gezonde voeding, psychologische ondersteuning, relaxatie, enz. trachten we de deelnemers meer levenskwaliteit te bieden. Voor meer info over de gezondheidsweek en praktische informatie om eraan deel te nemen, kunt u surfen naar www.dunepanne-mloz.be of mail naar karen.willems@mloz.be



Nieuwe Studie

Mensen met een laag socio-economisch profiel hebben 14 keer meer kans om te behoren tot de hoog risicogroep op tandbederf. 52% van de tanduitgaven van de verplichte ziekteverzekering gaat naar de conserverende verzorging, slechts 9% gaat naar preventie (verzorging en consultaties). De studie "Naar een gerichte preventiestrategie in de mondzorg" kan u bestellen of downloaden op onze website www.mloz.be.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen overhandigen een cheque van € 15.400 aan AZG

Eind maart 2010 nodigde Pascal Mertens Artsen zonder Grenzen (AZG) uit voor de overhandiging van een cheque van €15.400. Dit bedrag werd opgehaald bij het personeel van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Omnimut. Tijdens dit evenement vertelde Olivier Fénichieu, advise-rend geneesheer bij Omnimut, ook over zijn ervaringen tijdens zijn drie weken durend verblijf in Haïti. "Toen ik hoorde van de catastrofe in Haïti, wou ik onmiddellijk helpen bij de reddingsoperatie" vertelde hij. Bertrand Draguez, medisch directeur bij AZG, bedankte de Onafhankelijke Ziekenfondsen hartelijk. Hij herhaalde dat naast de financiële steun uit de privé, het vooral de inzet van de mensen zelf is die de NGO vooruit stuwt.



BOEKEN

Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen

De databank van het huisartsenregistratienetwerk Intego bevat gegevens over vijftien jaar registratie. Vragen als "Hoe vaak lijden kleine kinderen aan astma" tot "Worden antidepressiva meer voorgeschreven bij vrouwen?" tot zeer complexe vraagstellingen kunnen met deze data beantwoord worden.



In deze derde versie van "Ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen" wordt duidelijk hoe een diagnose, door de huisarts genoteerd in een elektronisch medisch dossier, leidt tot uit-

spraken over het voorkomen van ziekten in de Vlaamse bevolking.

Bartholomeeusen S., Truyers C., Buntinx F.,
Acco Medical, 2010, 66p.
ISBN: 9789033480218 - www.acco.be

De cliënt centraal, hoe doen we dat?

"De cliënt centraal, hoe doen we dat?" is geschreven voor leidinggevendende medewerkers begeleiden bij het aanbieden van vraaggerichte en vraaggestuurde zorg. De theorie en de praktijkopdrachten bieden hun handvatten en instrumenten, ook binnen het onderwijs.



De inhoud van dit boek is gebaseerd op gesprekken met coaches, cliënten en medewerkers, afkomstig van verschillende terreinen: de thuiszorg, de ouderenzorg, de zorg voor mensen met een ver-

standelijke of psychiatrische beperking. Persoonlijke inzet, motivatie en onderling vertrouwen blijken telkens belangrijke voorwaarden om in de eigen rol of functie een steentje te kunnen bijdragen.

G. Verbeeck, Elsevier Gezondheidszorg, 2010,
ISBN: 9789035231450 www.standaarduitgeverij.be

ARTIKEL

Wealthcare of healthcare?

Na de Verenigde Staten kan nu ook in België het debat over de kosteneffectiviteit van onze gezondheidszorg losbarsten. De komst van de "gezondheidseconomie", spectaculair stijgende publieke en private uitgaven en de volgende stap van ons economisch ontwikkelingsproces, zal ons er namelijk toe dwingen belangrijke keuzes te maken. Brieuc Van Damme pleit voor een nog op te richten "Hoge Autoriteit voor Gezondheidszorg" die er over zou moeten waken dat de schaarse middelen enkel ingezet worden wanneer dat de volksgezondheid effectief ten goede komt.

Brieuc Van Damme, Itinera Institute, 2010,
Meer info : www.itinerainstitute.org

BROCHURE

Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse Overheid beschikt over een 4.800-tal medewerkers. Hun belangrijkste taak: zich dag in dag inzetten om het welzijn en de gezondheid van de bevolking in Vlaanderen en Brussel te verbeteren.

Ze bereiden het beleid van de minister voor en voeren het uit, op het vlak van maatschappelijk welzijn, ouderen, gezondheid, personen met een handicap, jongerenwelzijn en gezin.



Om alle organisaties binnen dit beleidsdomein in de kijker te zetten en te verduidelijken, publiceerde de Vlaamse Overheid een nieuwe brochure onder de titel "Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin".

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,
2010, 14p.
Downloaden: <http://publicaties.vlaanderen.be>

Ontdek onze nieuwe website!

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen is trots om u de lancering van haar nieuwste website voor te stellen. Deze wenst vooral de gezondheidsprofessionals te informeren en richt zich voornamelijk tot zorgverstrekkers. U vindt er ook al onze tools die het u het "professionele" leven eenvoudiger maken: E-GMD, "MLOZ for Care Providers (4CP)", Hoofdstuk IV, Ziekenhuissupplementen,... Hieronder alvast een overzicht.

www.mloz.be



Toegang tot duidelijke en informatieve rubrieken

Tools ontwikkeld voor de zorgverstrekkers: E-GMD, 4CP, Hoofdstuk IV, enz.

Alle actuele informatie voor zorgverstrekkers

Actuele informatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: evenementen, statistieken, standpunten, persberichten,...

"In de Kijker": zet een van onze films, publicaties en opvallende cijfers in de kijker

Ontdek onze diensten Hospitalia en Dentalia Plus

Bekijk onze recentste publicaties

Bezoek ons opleidingscentrum Opfor

Schrijf u in en ontvang onze tweemaandelijks newsletter

1.985.000 verzekerden
schenken ons hun vertrouwen

Jij ook?

Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

