

Health Forum

December 2013 · Nr. 16

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks

Symposium Onafhankelijke Ziekenfondsen

SYMPOSIUM
2013

Meer vrouwelijke waarden in de zorg:
een meerwaarde voor de patiënt?

Dossier

Uitgaven gezondheidszorg: meer aandacht voor chronische ziektes

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

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



Partena Ziekenfonds

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



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be

De partijen klaar voor de strijd... om de gezondheid?

De politieke partijen leggen momenteel de laatste hand aan hun lijsten en werken vlijtig aan hun programma voor de grote verkiezingsafspraken van 2014. De gezondheidssector verdient daarin een belangrijke plaats, want samen met tewerkstelling en onderwijs is het een van de grote bekommernissen van de bevolking. De politieke context van de laatste jaren bood helaas weinig ruimte voor een fundamentele reflectie hierover!

Het is hoog tijd dat de aandacht opnieuw uitgaat naar die prioriteiten en dat de plechtige verklaringen van partijen, dat ze zich nu gaan focussen op het sociaal-economische aspect, ook waargemaakt zullen worden. Ze mogen zeker niet uit het oog verliezen dat de gezondheidssector bijna 11% vertegenwoordigt van het BIP en dat de sector voor veel tewerkstelling zorgt. Gezien de vergrijzing van de bevolking en de explosie van chronische ziektes, zijn er tal van mogelijkheden om nieuwe gezondheidsberoepen te creëren.

De gezondheidssector is trouwens op een keerpunt gekomen. Er is ontegensprekelijk een (r)evolutie nodig, want we moeten ons aanpassen aan een omgeving die radicaal verschilt van die van 30 jaar geleden. Deze aanpassing houdt in dat op korte termijn middelen moeten worden vrijgemaakt om de strijd aan te binden tegen overbodige of onaangepaste verzorging, tegen de vermenigvuldiging van de zware apparatuur, de versnippering van de middelen... Het is nodig om te investeren in de prioriteiten op lange termijn: de

afhankelijkheid, de geestelijke gezondheid, de chronische ziektes en de toegang tot nieuwe technologische middelen die echt een therapeutische en economische meerwaarde hebben.

In deze context mogen wij van de verschillende politieke partijen verwachten dat zij een duurzame en ambitieuze visie ontwikkelen voor de zorgsector die de duur van één legislatuur overstijgt en zich uitstrekt over een tijdvak van 10 à 15 jaar. Die visie moet veel meer zijn dan louter een opsomming van holle slogans:

“We hebben een visie nodig die veel meer is dan louter een opsomming van holle slogans.”

er is nood aan een geïntegreerd geheel van oplossingen, waarmee we de nieuwe uitdagingen omtrent volksgezondheid kunnen oplossen. Als we kijken naar de nieuwe bevoegdheden van de geregionaliseerde entiteiten, dan zou die visie omgezet moeten worden op de verschillende bevoegdheidsniveaus én coherent moeten blijven. Die visie zou tot slot ook rekening moeten houden met

het belang van andere beleidslijnen (onderwijs, werkgelegenheid, leefmilieu, huisvesting...) voor de gezondheid van iedereen.

Xavier Brenez

Directeur-generaal

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofdredactrice

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

Eindredacteur

Steven Vervaeke en Hellen Smeets

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Annemie Coëme · Regina De Paepe · Luc Detavernier · Christian Horemans · Pascale Janssens · Güngör Karakaya · Nathalie Renna · Hellen Smeets · Ingrid Umbach · Piet Van Eenoooghe · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Philippe Van Wilder · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

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

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



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

Inhoud

Nr. 16 December 2013

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

Uitgaven gezondheidszorg: meer aandacht voor chronische ziektes

16 Forum Zorgverstrekkers

De nieuwe patiënt: niet langer het lijdend voorwerp van de gezondheidszorg

De huisarts, een sleutelfiguur van de preventie
Het Debat

Een dag minder in de kraamkliniek: een goed idee dat uit het oog verloren is?

Onbeantwoorde medische behoeftes: tijd voor actie!

26 Studie

Alzheimer: nood aan een gerichte aanpak van het fenomeen!

30 Europa

Richtlijn grensoverschrijdende gezondheidszorg: is Europa er klaar voor?

32 Event

Meer vrouwelijke waarden in de zorg: een meerwaarde voor de patiënt?

34 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

3 factoren voor de concentratie van de uitgaven geneeskundige verzorging

Een groep van tien procent Belgische consumenten is in haar eentje verantwoordelijk voor 72% van de uitgaven geneeskundige verzorging! Het gaat om een algemeen fenomeen, dat zich niet tot België beperkt, maar uit heel wat internationale studies naar voren komt. De Onafhankelijke Ziekenfondsen vroegen zich af waar dit concentratie-effect vandaan komt en gingen op onderzoek uit. Het besluit? Binnen het volksgezondheidsbeleid moet meer aandacht besteed worden aan chronische ziektes, comorbiditeit en ziekenhuisopnames.



6

Forum Zorgverstrekkers

Een dag minder in de kraamkliniek: een goed idee dat uit het oog verloren is?

Waarom het terugbetaalde ziekenhuisverblijf na de bevalling niet met een dag inkorten? Het voorstel van Marc Moens, vice-voorzitter van de BVAS, deed de voorbije zomer heel wat stof opwaaien. Terwijl de meesten verbaasd toekeken hoe Kate Middleton het ziekenhuis 24u na de bevalling al verliet, maakte hij van de gelegenheid gebruik om de aandacht te vestigen op de mogelijke besparing die een ingekort verblijf in de kraamkliniek zou kunnen opleveren. Een voorstel dat de strategische cel van het kabinet Onkelinx links liet liggen.



22

Studie

Alzheimer: nood aan een gerichte aanpak van het fenomeen!

De ziekte van Alzheimer is de meest verspreide vorm van dementie. Dit syndroom tast het geheugen aan, het redeneervermogen, het gedrag en het vermogen om bepaalde dagelijkse handelingen te stellen. In België zouden tussen de 100.000 en 130.000 mensen lijden aan de ziekte van Alzheimer. De Onafhankelijke ziekenfondsen hebben deze patiënten bestudeerd over een periode van zeven jaar.



26

38,7%

van de werknemers geeft toe dat hij zijn handen niet na elk toiletbezoek wast. Dat blijkt uit een internationale enquête van Initial Services bij 6.000 kantoorbedienden (waaronder 514 Belgen).

Ongevallen in het dagelijkse leven: twee keer zoveel mannen als vrouwen



Ongevallen tijdens het sporten zouden een verklaring kunnen zijn voor dit verschil tussen mannen en vrouwen. Het zijn voornamelijk jonge mannen, onder de 34 jaar, die ermee

te maken krijgen. Opvallend: hoewel jonge mannen in de welgestelde milieus meer sporten, komen de ongevallen toch in elke sociale klasse evenveel voor.

Ja voor transparantie, maar dan wel voor alle ziekenhuizen

“Stel je voor dat we op onze website het aantal patiënten zouden vermelden dat elk jaar een ziekenhuisinfectie oploopt. De mensen zouden schrik krijgen en ons als een slecht ziekenhuis gaan beschouwen. Het zou een ander verhaal zijn als iedereen het aantal infecties in alle ziekenhuizen zou kunnen raadplegen: zo zou het tenminste duidelijk zijn dat elk ziekenhuis met dit probleem kampt. We hebben geen zin om de pionier te spelen. Als andere Waalse ziekenhuizen echter samen zouden beslissen om hun resultaten te publiceren, dan doen wij hetzelfde.”

Marie Eeman, coördinatrice kwaliteit in het “Centre hospitalier de Wallonie Picarde” (Doornik)

+10%

Het aantal opnames in een psychiatrisch ziekenhuis is in 2013 met 10% gestegen.

Dat blijkt uit een onderzoek van het Itinera Instituut.

Brussel en ongelijkheid op vlak van gezondheid

In de Belgische hoofdstad geldt: hoe lager op de sociale ladder, hoe groter het risico op sterfte bij de geboorte of in de loop van het eerste levensjaar. Uit recente cijfers van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel blijkt nog maar eens hoe groot de invloed is van het sociale statuut op de gezondheidstoestand.

Zo lopen kinderen in Brussel die geboren worden in een gezin zonder inkomen maar liefst 2 keer zoveel risico om doodgeboren te worden of 1,8 keer meer risico om te overlijden voor ze een jaar zijn, dan kinderen die geboren worden in een gezin met twee inkomens.

Ook voor minderbedeelde jongvolwassenen is de gezondheid een probleem: tussen 2012 en 2013 is het aantal jongeren van 18 tot 24 jaar dat recht heeft op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming voor geneeskundige verzorging, gestegen met 6,3 punten, van 25,3% naar 31,6%. 6,6% van de Brusselaars kreeg dan weer te maken met invaliditeit in 2012 (arbeidsongeschiktheid van meer dan een jaar). Dat percentage ligt hoger bij vrouwen (7%) dan bij mannen (6,2%) en ook hoger bij arbeiders dan bedienden met een risico dat 3,3 keer hoger ligt voor mannen en 2,3 keer hoger voor vrouwen.

www.observatbru.be



Dossier

Uitgaven gezondheidszorg: meer aandacht voor chronische ziekten

3 verklarende factoren voor de concentratie van de uitgaven geneeskundige verzorging
Welke krachtlijnen van het gezondheidsbeleid aansporen?

p.7

p.12

Interview Xavier Brenez - "Ons gezondheidssysteem is aan een check-up toe."

p.14

Interview Alain De Waver - "Er zouden nieuwe zorgtrajecten moeten komen."

p.15

3 Studiefactoren voor de concentratie van de uitgaven van de gezondheidszorg

Een groep van tien procent Belgische consumenten is in haar eentje verantwoordelijk voor 72% van de uitgaven geneeskundige verzorging! Het gaat om een algemeen fenomeen, dat zich niet tot België beperkt, maar uit heel wat internationale studies naar voren komt. De Onafhankelijke Ziekenfondsen vroegen zich af waar dit concentratie-effect vandaan komt en gingen op onderzoek uit. Het besluit? Binnen het volksgezondheidsbeleid moet meer aandacht besteed worden aan chronische ziektes, comorbiditeit en ziekenhuisopnames.

De studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen stelt een analyse voor van de concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging, die terugbetaald werden door de ziekteverzekering in de loop van het jaar 2010. Bijzondere aandacht werd hierbij besteed aan de grote zorgconsumenten (de 10% die het meest consumeert van de populatie¹), rekening houdend met het profiel van hun aandoeningen. De gegevens van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen werden grondig bestudeerd.

Classificatie van de aandoeningen

Voor 8,8% van de Belgen moest geen enkele uitgave geneeskundige verzorging terugbetaald worden in 2010, terwijl 10% van de consumenten verantwoordelijk is voor 72% van terugbetaalde geneeskundige verzorging. A contrario moet worden opgemerkt dat 80% van de populatie slechts aanleiding geeft tot 16% van de terugbetalingen van geneeskundige verzorging. Hoe kunnen we deze concentratie aan uitgaven voor geneeskundige verzorging verklaren? Uit de internationale literatuur blijkt dat deze concentratie een algemeen fenomeen is, dat niet eigen is aan België. Om een verklaring te vinden voor deze concentratie, heeft de Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen een cartografie opgemaakt van de leden aan de hand van de grote chronische ziektes². De berekende uitgaven per chronische aandoening vertegenwoordigen alle uitgaven van individuen die op zijn minst lijden aan de aandoening, het gaat dus niet enkel om de uitgaven die gepaard gaan met de aandoening.

De verklarende factoren voor de concentratie

Op basis van de cartografie van de verschillende aandoeningen, was het mogelijk om drie elementen te identificeren die aan de oorzaak liggen van de hoge uitgaven voor terugbetaalde geneeskundige verzorging. Het gaat om het lijden aan een chronische aandoening, meer dan één chronische aandoening hebben (comor-

biditeit) en opgenomen moeten worden in het ziekenhuis (zonder dat er noodzakelijk een verband is tussen de vorige twee elementen).

Tabel 1

Aandeel van de personen getroffen door een chronische ziekte (N) en hun aandeel in de zorguitgaven binnen elke deelpopulatie (10%) en binnen de totale bevolking (in 2010)

	10%		Totale populatie	
	Uitgaven	N	Uitgaven	N
Depressie	21,4%	17,8%	17,7%	5,1%
Cardiovasc. aandoeningen : hartziektes	13,9%	10,9%	10,8%	2,1%
COPD	9,8%	8,3%	8,0%	2,0%
Astma	2,4%	2,8%	2,6%	1,7%
Mucoviscidose	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%
Diabetes met insuline	6,0%	5,6%	4,7%	0,9%
Diabetes zonder insuline	7,2%	7,4%	6,6%	2,7%
Exocriene pancreasaandoeningen	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%
Psoriasis	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	1,6%	1,5%	1,3%	0,3%
Psychose (←=70 jaar)	4,8%	3,4%	3,8%	0,7%
Psychose (→70 jaar)	2,1%	1,4%	1,5%	0,2%
Parkinson	2,9%	2,2%	2,1%	0,3%
Epilepsie	5,8%	4,5%	4,5%	0,9%
HIV	0,8%	0,6%	0,6%	0,1%
Chronische hepatitis B en C	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Multiple sclerose	0,5%	0,5%	0,4%	0,0%
Orgaantransplantatie	0,5%	0,3%	0,4%	0,0%
Alzheimer	2,7%	2,1%	2,0%	0,3%
Chronische nierinsufficiëntie	3,5%	0,9%	2,5%	0,1%
Geestelijke gezondheid	7,7%	3,2%	5,5%	0,4%
Zeldzame ziekten	3,1%	0,8%	2,2%	0,1%
Hypertensie	50,3%	45,8%	43,5%	16,2%
Totaal: chronisch zieken	74,7%	65,1%	64,3%	23,3%

1 Bij de groep van de 10% grootste gebruikers, werden de deelgroepen van 1% en 5% eveneens uitvoerig geanalyseerd. In het kader van dit artikel, beperken we ons echter tot de groep van 10%.

2 Zie methodologie op het einde van het artikel.

1/ Lijden aan een vaak voorkomende chronische aandoening

23,3% van de populatie die de Onafhankelijke Ziekenfondsen bestudeerden, ofwel 457.930 patiënten, lijdt aan ten minste 1 van de 23 chronische ziektes die in deze studie behandeld werden. Samen consumeren de chronisch zieken 64,3% van de uitgaven geneeskundige verzorging (ofwel 2,3 miljard € op een totaal van 3,6 miljard €). Zoals je kan zien in tabel 1, zijn de meest courante chronische aandoeningen hypertensie (16,2%), depressie en andere stemmingsstoornissen (5,1%), diabetes type 1 en 2 (3,6%), de twee voornaamste chronische longziekten (COPD³ en astma samen 3,7%) en hartziekten (2,1%).

Personen die lijden aan een van de meest courante chronische aandoeningen zijn tegelijk ook de personen die het meest kosten aan de ZIV. Op het niveau van de totale bevolking bedraagt het percentage van de uitgaven door patiënten die aan deze aandoening lijden 43,5% wat hypertensie betreft, 17,7% voor de depressie, 10,8% voor de cardiovasculaire aandoeningen, 6,6% voor diabetes zonder insuline, 8% voor COPD en 2,6% voor astma. De literatuur⁴ bevestigt dit.

Op de totale populatie merken we op dat alle chronische aandoeningen een aandeel van de uitgaven hebben dat hoger is dan hun prevalentie.

Een bepalende factor voor de prevalentie van de chronische ziektes is, zoals je kan vaststellen in figuur 1, de leeftijd.

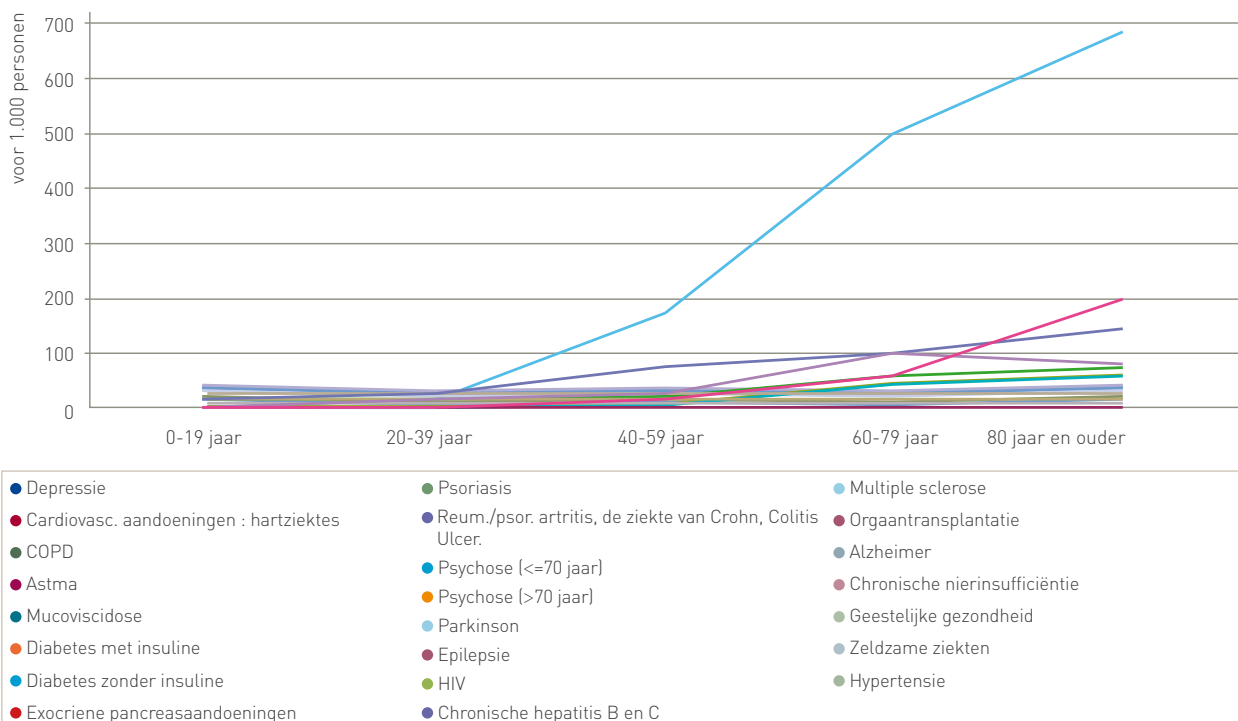
Tabel 2

Gemiddelde uitgaven van de leden die lijden aan een chronische aandoening (in 2010)

	10%	Tot. populatie
	Gem. uitg.	Gem. uitg.
Depressie	15.798	6.396
Cardiovasculaire aandoeningen : hartziekten	16.678	9.648
COPD	15.533	7.243
Astma	11.691	2.798
Mucoviscidose	23.665	20.700
Diabetes met insuline	14.311	9.959
Diabetes zonder insuline	12.845	4.474
Exocriene pancreasaandoeningen	17.722	11.488
Psoriasis	17.154	7.176
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn, Colitis Ulcerosa	14.030	7.085
Psychose (<=70 jaar)	18.427	10.168
Psychose (>70 jaar)	19.250	15.544
Parkinson	17.272	12.812
Epilepsie	16.981	9.039
HIV	15.990	15.616
Chronische hepatitis B en C	14.864	14.731
Multiple sclerose	14.212	14.140
Orgaantransplantatie	19.659	19.635
Alzheimer	17.094	12.840
Chronische nierinsufficiëntie	48.627	40.429
Geestelijke gezondheid	31.808	28.643
Zeldzame ziekten	49.564	48.476
Hypertensie	14.467	4.938
Totaal : chronisch zieken	15.133	5.076
Totaal : zonder chronische aandoening	9.532	859
Totaal : populatie	13.177	1.843

Figuur 1

Prevalentie van de chronische ziektes, per leeftijdsgroep (in 2010)



3 Chronische obstructieve longziekte.

4 Meer bepaald door Stanton and Rutherford (2005).

Uit tabel 2 blijkt dat de gemiddelde jaarlijkse factuur voor de terugbetalingen van de geneeskundige verzorging van de populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (chronisch zieken en niet-chronisch zieken samen) gemiddeld 1.834 € bedraagt.

De gemiddelde uitgaven voor bepaalde chronische ziektes kunnen hoog oplopen. De gemiddelde uitgaven op jaarbasis bedragen 859 € voor personen zonder chronische aandoening en 5.076 € voor personen met. Bij bepaalde aandoeningen lopen de uitgaven zelfs op tot meer dan 20.000 €. Dat is het geval bij de minder courante aandoeningen, zoals psychische aandoeningen ('geestelijke gezondheid' in de tabel), nierinsufficiëntie en zeldzame ziektes. Deze aandoeningen zijn ook bijzonder duur in de subgroep van de 10% van de grootste zorgconsumenten. Het aanzienlijke gewicht van de chronische ziektes op de uitgaven geneeskundige verzorging biedt dus een gedeeltelijke verklaring voor de hoge concentratie van de uitgaven geneeskundige verzorging.

2/ Comorbiditeit

De uitgaven voor geneeskundige verzorging stijgen naarmate de patiënt aan meer chronische aandoeningen lijdt (figuur 2). De terugbetalingen op jaarbasis voor geneeskundige verzorging van een persoon bedragen gemiddeld 3.449 € voor één chronische aandoening, 6.501 € voor patiënten met 2

chronische aandoeningen ... om 21.751 € te bereiken wanneer het lid ten minste 5 chronische ziekten heeft! De literatuur⁵ over de impact van de chronische ziektes toont het ondubbelzinnig aan: hoe hoger het aantal ziektes, hoe meer uitgaven voor geneeskundige verzorging. De evolutie van de gemiddelde kostprijs per patiënt naargelang het aantal chronische aandoeningen, is terug te vinden op figuur 2 en bevestigt die relatie.

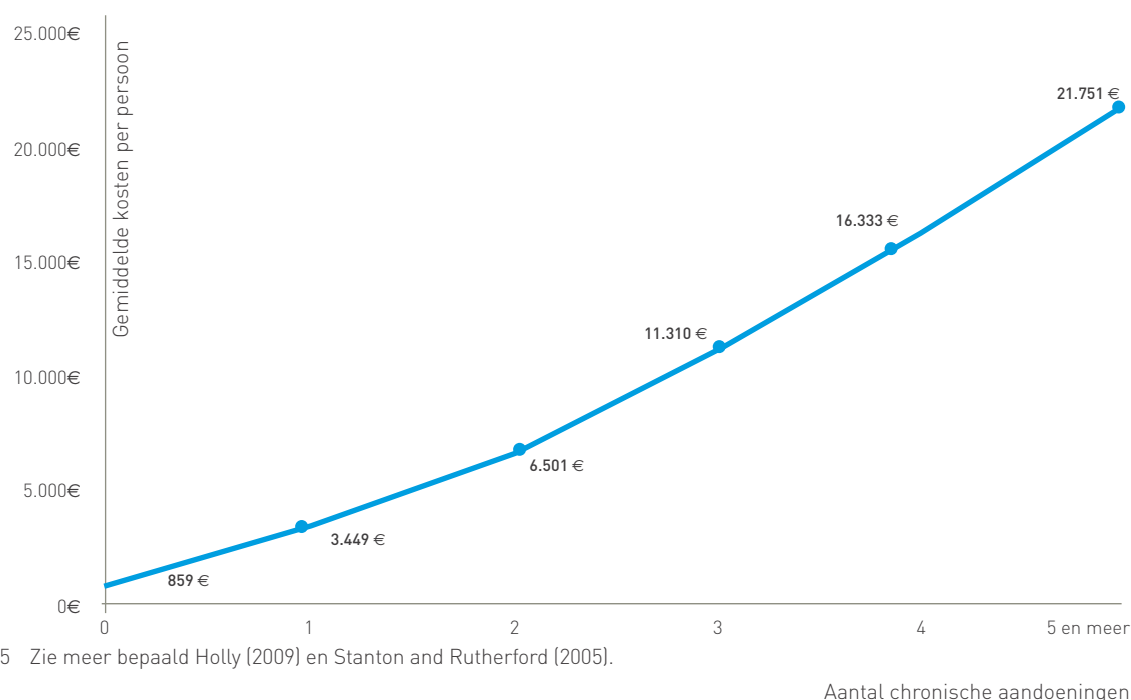
Het aantal combinaties van aandoeningen binnen de bestudeerde populatie is erg groot. Bij de analyse werd dan ook gefocust op de meest voorkomende categorieën van aandoeningen, waarin de meeste chronische ziektes voorkomen. Aan die categorieën werd ook die 'zonder chronische aandoening' toegevoegd: het gaat om de leden die geen van de onderzochte 23 chronische aandoeningen hebben.

Als we de verschillende gekozen categorieën van aandoeningen van dichterbij bekijken, dan stellen we vast dat zij enkel bestaan uit de aandoeningen met een hoge prevalentie en/of een hoog aandeel aan uitgaven. Geen verrassend resultaat dus. Binnen de totale populatie brengen de bestudeerde categorieën een aandeel van uitgaven mee dat hoger is dan dat van de betrokken individuen.

Bepaalde categorieën bestaan slechts uit één aandoening zoals hypertensie, geestelijke gezondheidsproblemen, zeldzame ziektes, depressie,

Figuur 2

Gemiddelde uitgaven volgens het aantal chronische ziektes (in 2010).



epilepsie, COPD en nierinsufficiëntie.

Hypertensie, depressie en psychose zijn de opvallendste aandoeningen. Hypertensie is de aandoening die het vaakst gepaard gaat met andere aandoeningen zoals cardiovasculaire aandoeningen (CVA) van het type hartziekten, depressie, nierinsufficiëntie, COPD, diabetes met/zonder insuline en zeldzame ziektes.

3/Ziekenhuisopnames en raadplegingen

De uitgaven in het ziekenhuis van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen vertegenwoordigen 40% van al hun uitgaven voor geneeskundige verzorging. Dit percentage is vergelijkbaar voor de chronische en de niet-chronische patiënten.

De ziekenhuisverblijven brengen grote uitgaven voor geneeskundige verzorging met zich mee voor alle leden, maar het is uiteraard logisch dat ze relatief groter zijn bij de populatie van de 10% grootste zorgconsumenten. In de totale bevolking bedraagt het gemiddeld aantal ziekenhuisopnames 0,1⁶ terwijl het 1,1 bedraagt in de deelpopulatie van de 10%, voor een gemiddeld van 12 dagen (tabellen 3 en 4).

Het gemiddeld aantal hospitalisaties is hoger bij de chronisch zieken. Zij worden immers gemiddeld drie keer vaker gehospitaliseerd dan niet-chronische patiënten. Dit relatieve verschil verdwijnt, als we gaan kijken naar de deelpopulaties van grote consumenten. We merken een groot verschil qua gemiddelde verblijfsduur tussen de chronische aandoeningen en we stellen vast dat die duur voor eenzelfde aandoening toeneemt bij de deelpopulaties van consumenten. Patiënten die behandeld worden voor een depressie blijven gemiddeld 14 dagen in het ziekenhuis, maar binnen de groep van de 10% grote zorgconsumenten, loopt die verblijfsduur op tot 15 dagen.

Bij de totale populatie treffen we 6 aandoeningen aan, die aanleiding geven tot een gemiddelde jaarlijkse verblijfsduur die langer is dan 15 dagen: het gaat hier om de psychoses (<= 70 jaar en > 70 jaar), Parkinson,

Alzheimer, psychische aandoeningen en de zeldzame ziektes. Het is duidelijk dat patiënten met psychische gezondheidsproblemen vaak gehospitaliseerd worden gedurende een relatief lange periode: gemiddeld meer dan 2 ziekenhuisverblijven met een gemiddelde verblijfsduur van 41 dagen. Bij de deelpopulatie van de 10% grote zorgconsumenten, loopt de verblijfsduur op tot 42,5 dagen bij die individuen.

In de groep van de 10% grootste zorgconsumenten is het zo dat de helft van de uitgaven voor geneeskundige verzorging betrekking heeft op de terugbetaling van verblijfskosten en verstrekkingen (medische of heelkundige verstrekkingen, technische en diagnostische handelingen...) die toegediend werden tijdens een klassieke ziekenhuisopname, dit wil zeggen hospitalisaties met ten minste 1 overnachting in het ziekenhuis.

De uitgaven die geïnduceerd worden door de ziekenhuisopnames, variëren naargelang het lid aan deze of gene chronische aandoening lijdt. Bij patiënten met bewezen hartproblemen (dit wil zeggen bij wie zich wel degelijk een cardiovasculair incident voorgedaan heeft), heeft 47% van hun terugbetaalde gezondheidsuitgaven te maken met ziekenhuisopnames, terwijl depressieve patiënten 41% besteden aan uitgaven in het ziekenhuis. Bij de leden met multiple sclerose is dat slechts 11%.

Bij de medische raadplegingen stellen we vast dat een patiënt zonder een chronische ziekte ongeveer 2 keer per jaar een bezoek brengt aan een huisarts en een specialist, terwijl een chronische patiënt zijn huisarts 6 keer per jaar ziet en een specialist 4 keer per jaar. Als de patiënt deel uitmaakt van de grote zorgconsumenten, dan ziet hij zijn huisarts 8 keer per jaar als hij ten minste één chronische aandoening heeft, zonder chronische ziekte doet hij dat 4 keer per jaar.

Tabel 3

Het gemiddeld aantal raadplegingen, ziekenhuisopnames en hospitalisatiedagen, per soort van patiënt en (deel)populatie (in 2010)

	10%		Totale populatie	
	Chronisch	Niet chronisch	Chronisch	Niet chronisch
Consultatie huisarts	8,0	4,2	6,0	2,1
Consultatie specialist	6,7	7,4	3,9	1,9
Daghospitalisaties (klassieke)	14,1	7,6	13,1	5,5
Aantal hospitalisaties	1,1	1,1	0,3	0,1

⁶ Als het aantal hospitalisaties lager is dan 1, dan betekent dit noodzakelijkerwijs dat een deel van de populatie geen ziekenhuisopname heeft gehad.

Tabel 4

Aantal opnames en aantal hospitalisatiedagen (totaal en gemiddeld aantal), per chronische aandoening en (deel)- populatie in 2010

	10%			Totale populatie		
	Hospitalisatie			Hospitalisatie		
	N	Dag	Gem.	N	Dag	Gem.
Depressie	37.829	570.328	15,1	40.771	575.596	14,1
Cardiovasc. aandoeningen: hartziektes	25.930	314.215	12,1	26.730	315.553	11,8
COPD	19.834	227.199	11,5	20.944	229.333	10,9
Astma	6.159	56.832	9,2	7.601	59.628	7,8
Mucoviscidose	151	1.585	10,5	151	1.585	10,5
Diabetes met insuline	10.068	111.681	11,1	10.187	111.921	11,0
Diabetes zonder insuline	14.789	156.624	10,6	15.910	158.484	10,0
Exocriene pancreasaandoeningen	358	4.336	12,1	366	4.349	11,9
Psoriasis	10	96	9,6	12	98	8,2
Reumatoïde artritis of psoriasis artritis, de ziekte van Crohn	1.966	18.820	9,6	2.092	19.044	9,1
Psychose (<=70 jaar)	8.844	224.499	25,4	9.126	225.358	24,7
Psychose (>70 jaar)	1.911	37.726	19,7	1.921	37.747	19,6
Parkinson	3.409	58.066	17,0	3.450	58.202	16,9
Epilepsie	9.877	144.933	14,7	10.358	145.749	14,1
HIV	422	4.691	11,1	422	4.691	11,1
Chronische hepatitis B en C	48	346	7,2	48	346	7,2
Multiple sclerose	278	3.006	10,8	278	3.006	10,8
Orgaantransplantatie	672	5.599	8,3	672	5.599	8,3
Alzheimer	3.077	51.289	16,7	3.124	51.372	16,4
Chronische nierinsufficiëntie	3.064	38.373	12,5	3.077	38.394	12,5
Geestelijke gezondheid	14.036	596.623	42,5	14.548	599.330	41,2
Zeldzame ziekten	2.740	44.285	16,2	2.755	44.302	16,1
Hypertensie	96.001	1.116.526	11,6	103.767	1.130.163	10,9
Totaal: chronisch zieken	138.071	1.951.568	14,1	151.196	1.976.463	13,1
Totaal: populatie	216.130	2.546.404	11,8	279.396	2.679.962	9,6

Samenvatting

- **Achter een gemiddelde uitgave voor geneeskundige verzorging van 1.843 €** per lid van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010, gaat een grote verscheidenheid schuil op vlak van de intensiteit waarmee een beroep gedaan wordt op geneeskundige verzorging.
- Voor 8,8% van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen moest geen enkele uitgave geneeskundige verzorging terugbetaald worden in 2010.
- **20% van de populatie is verantwoordelijk voor 84% van alle medische uitgaven**, 10% voor 72% van deze uitgaven.
- De personen zonder chronische aandoening die minstens één terugbetaling genoten voor uitgaven geneeskundige verzorging, vertegenwoordigen 68% van de totale populatie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in 2010.
- **16% van de populatie lijdt aan hypertensie** en bijna de helft onder hen lijdt daarnaast nog aan een of meerdere andere chronische ziektes (7%).
- De uitgaven per type verzorging verschillen in functie van het globale niveau van medische consumptie, ongeacht de onderliggende aandoening(en). Als we van de kleine naar de grote zorgconsumenten overstappen, dan stellen we vast dat de factuur die gepaard gaat met ziekenhuisopnames, sneller stijgt dan die van de ambulante verzorging.
- Meer dan een derde van de chronisch zieken (34%) lijdt aan meer dan één chronische aandoening en geeft aanleiding tot **56% van alle uitgaven voor geneeskundige verzorging** die terugbetaald worden. De chronisch zieken met meerdere chronische aandoeningen kosten ongeveer 2,5 keer meer dan chronisch zieken met één chronische aandoening. Met andere woorden, de concentratie van de uitgaven voor geneeskundige verzorging is voor een groot deel te verklaren door de chronisch zieken, die meerdere chronische aandoeningen cumuleren.
- Leden die lijden aan een **zeldzame ziekte**, chronische nierinsufficiëntie of een psychische aandoening kosten **gemiddeld meer dan 20.000 € per jaar**. De andere bestudeerde chronische aandoeningen geven aanleiding tot zeer uiteenlopende gemiddelde uitgaven die kunnen gaan van 3.000 € tot 20.000 €. Het verschil in gemiddelde uitgaven tussen een chronische patiënt en een lid zonder chronische aandoening blijkt in dalende lijn te gaan, naargelang de consumptiegraad.
- De **uitgaven in het ziekenhuis** van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen vertegenwoordigen **40% van al hun uitgaven voor geneeskundige verzorging**. Dit percentage is vergelijkbaar voor de chronisch zieken en de niet-chronische patiënten, maar we stellen schommelingen vast van de uitgaven, veroorzaakt door de (klassieke) ziekenhuisopnames, naargelang het lid al dan niet lijdt aan deze of gene chronische aandoening.

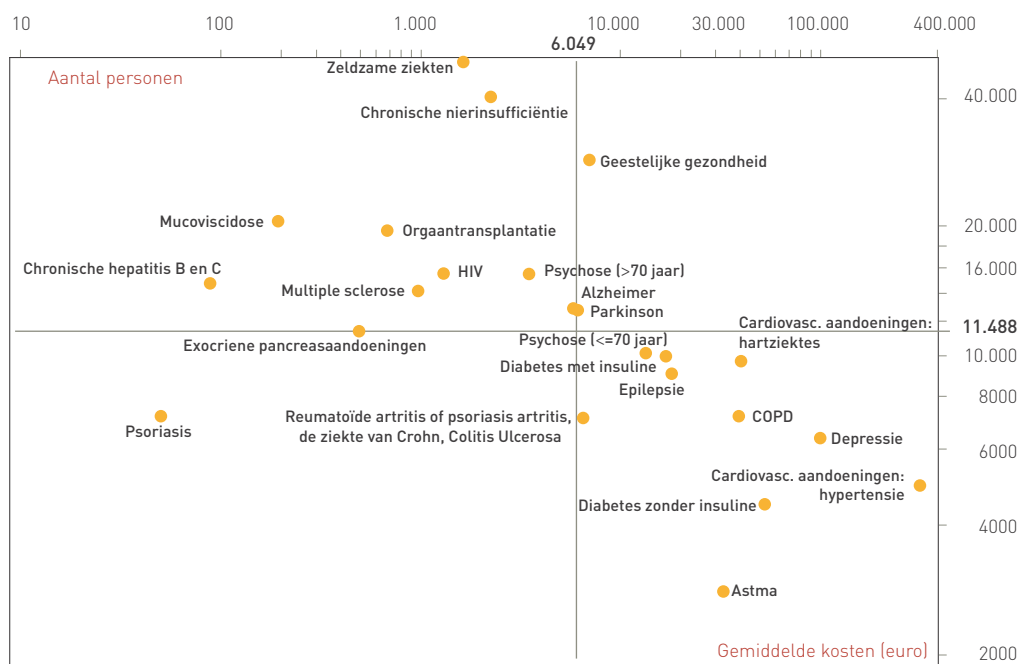
Welke krachtlijnen van het gezondheidsbeleid aansporen?

De aandoeningen waarop we onze acties op het eerste gezicht het best kunnen richten, zijn diegene waaraan een groot aantal leden lijdt en waarvan de gemiddelde kostprijs hoog is. Maar volstaat deze aanpak?

Deze figuur geeft een beknopt beeld van het aantal personen dat getroffen is door een chronische aandoening en van hun gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging ten laste van de ZIV*.

Grafiek 4

Aantal en gemiddelde kostprijs van personen met een chronische aandoening (in 2010).



(*) De kwadranten zijn afgebakend door de mediaanwaarden van de gemiddelde kosten die gepaard gaan met de bestudeerde chronische ziektes en door de mediaanwaarden van het aantal personen, getroffen door die aandoeningen.

De aandoeningen waarop we onze acties op het eerste gezicht het best kunnen richten, zijn diegene waaraan een groot aantal leden lijdt en waarvan de gemiddelde kostprijs hoog is. Maar uit de positie van de ene aandoening ten aanzien van de andere, kunnen geen aanbevelingen of hefboomen worden afgeleid, die onmiddellijk bruikbaar of inzetbaar zijn in termen van volksgezondheid. Om dit te kunnen doen, moet men **voor elke aandoening apart nagaan hoe deze momenteel aangepakt wordt** (medische verzorging, de geneesmiddelen die toegediend worden, behandeling in het ziekenhuis...). Men moet ook **nagaan in welke mate er efficiëntere methodes bestaan om de ziekte aan te pakken**, die geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de zorg.

Daarnaast moet men ook **de mogelijkheid bekijken om meer te investeren in preventie** (gezondheidseducatie, aansporen tot de beoefening van een sport...) en in **coaching**, bijvoorbeeld via nieuwe zorgtrajecten en disease management. Een bepaald aantal chronische aandoeningen (vooral diegene die terug te vinden zijn in het kwadrant onderaan rechts) kunnen geïdentificeerd worden als aandoeningen die het gevolg zijn van een bepaalde levensstijl (zittend leven, slechte eetgewoonten, stress, roken, te veel alcohol...). Om dergelijke aandoeningen te voorkomen, is het nodig om het medische aspect te overstijgen (door het promoten van de beoefening van een sport of door gezondheidseducatie).

3 aandoeningen onder de loep

De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben drie aandoeningen grondig geanalyseerd, om specifieke denksporen aan te kaarten en aanbevelingen te formuleren die bruikbaar kunnen zijn voor de politieke beslissers: depressie, chronische nierinsufficiëntie en de ziekte van Alzheimer.

Depressie bij jongeren

We raden aan om depressie bij jongeren te laten behandelen door zorgverleners die de nodige expertise en ervaring hebben.

De terugbetaling van de psychotherapie sessies door een psychotherapeut (zonder een diploma van psychiater) zou toegekend moeten worden op basis van de volgende criteria:

- vastlegging van de soorten psychotherapie die terugbetaald mogen worden op basis van de Evidence Based Medicine-criteria (en de mening van experts);
- voorschrijven en opvolging van de psychotherapie door een zorgverlener met de nodige expertise en ervaring in het veld.

Chronische nierinsufficiëntie

We raden aan om de thuisdialyse, die in België nog maar weinig ingeburgerd is, aan te moedigen. We onderstrepen hierbij het belang van objectieve en volledige informatie voor de patiënt vóór de dialyse en diens betrokkenheid bij de keuze van de dialysemethode.

We bevelen ook aan om:

- de terugbetaling van de verschillende dialysemethodes te herzien om een duurzame, transparante en kostenefficiënte financiering te verzekeren (rekening houdend met de impact op de ziekenhuisfinanciering);
- doelstellingen vast te leggen (resultaten die bereikt moeten worden) met concrete cijfers en data voor de verschillende dialysemethodes;
- Evidence Based Medicine-richtlijnen te ontwikkelen voor een geïntegreerde tenlasteneming

van de nierinsufficiëntie;

- de zorgtrajecten 'nierinsufficiëntie' aanpassen door de informatie vóór de dialyse en regelmatige evaluatie van de gevolgen ervan op de praktijk te integreren.

De ziekte van Alzheimer

We bevelen aan om:

de bestaande initiatieven ten gunste van de mantelzorger (respijtzorg, psycho-educatie...), met het oog op een vlottere thuisverzorging te handhaven en uit te breiden door de ontwikkeling van nieuwe initiatieven;

- een vroegtijdige diagnose van de ziekte te bevorderen van en de eerste lijn van deze problematiek bewust te maken;
- een gespecialiseerde en multidisciplinaire omkadering (zowel psychologisch, medisch als sociaal) voor de zieke en zijn mantelzorgers tot stand te brengen zodra de diagnose gesteld is;
- indien een opname nodig is, die te laten plaatsvinden in betaalbare instellingen, speciaal bedoeld voor de optimale tenlasteneming van Alzheimerpatiënten;
- een nationaal of regionaal epidemiologisch register van patiënten in te voeren, zodat het aanbod aan specifieke verzorging gepland en verfijnd kan worden.

Bepaalde aandoeningen worden nog bestudeerd door de Onafhankelijke Ziekenfondsen: hypertensie, geestelijke gezondheid, depressie bij volwassenen, cardiovasculaire aandoeningen en diabetes. Andere aandoeningen zullen op een later tijdstip uitvoeriger bestudeerd worden.



Güngör Karakaya, Rudy Van Tienen, Vanessa Vanrillaer & Ingrid Umbach

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Methodologie

Om, ondanks het gebrek aan diagnostische gegevens, toch de populatie te kunnen identificeren die te kampen heeft met een chronische ziekte, heeft de Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen 'diagnostische proxy's' aangemaakt (23 in totaal). De personen werden dus als chronisch zieken geïdentificeerd aan de hand van bepaalde criteria. Enerzijds gebeurde dat op basis van een consumptie criterium van welbepaalde geneesmiddelen gedurende minstens 90 dagen in de loop van het bestudeerde jaar of 120 dagen in geval van een depressie. Anderzijds op basis van bepaalde nomenclatuurcodes van het RIZIV (bijvoorbeeld voor nierinsufficiëntie), bepaalde soorten geneesmiddelen (voor de zeldzame ziektes) of een bepaalde ziekenhuisopname (voor de geestelijke gezondheid). Meer informatie over de methodologie en de volledige studie vind je op www.mloz.be/studies.



3

vragen aan Xavier Brenez

**Directeur-generaal van de Landsbond
van de Onafhankelijke Ziekenfondsen**

“ Ons gezondheidssysteem is aan een check-up toe „

Welke conclusies trekt u uit deze studie?

Deze studie was belangrijk voor ons: het was onze bedoeling om de prioriteiten voor de gezondheidssector te illustreren. Zowel sociaal als economisch, is het een legitieme verzuchting om te focussen op patiënten die zware verzorging nodig hebben. Deze personen, en de aandoeningen waaraan zij lijden, moeten zeer hoog op de politieke agenda staan. Als we gaan kijken naar de patiënten die 10% van de uitgaven voor geneeskundige verzorging vertegenwoordigen, dan komen we uit bij twee grote groepen van aandoeningen: de zeer dure aandoeningen die relatief weinig voorkomen (nierinsufficiëntie, multiple sclerose, mucoviscidose,...) en de dure aandoeningen die vaak voorkomen (COPD, diabetes, cardiovasculaire aandoeningen,...). Voor de eerste categorie is de grote zorg om na te gaan welke de meest efficiënte zorgkanalen zijn die geen afbreuk doen aan de kwaliteit van de verzorging. Wij weten dat er op dat domein nog manoeuvreerruimte is, want we zouden alternatieve oplossingen kunnen ontwikkelen voor de verzorging in instellingen (bijvoorbeeld de thuisdialyse). In de tweede categorie treffen we frequent voorkomende chronische aandoeningen aan: hier is het noodzakelijk om sneller aan preventie te doen en om de chronisch zieken beter te begeleiden. Dit betekent dat er een evolutie moet komen van de medische praktijk, in vergelijking met de bestaande situatie.

Is ons systeem, volgens u, aan een soort van 'check-up' toe?

Het zou inderdaad een goede zaak zijn, mochten wij op een bepaald moment enige afstand nemen van ons stelsel van gezondheidszorg. Zo kunnen we achterhalen of dit systeem, na een evolutie en ontwikkelingen over een periode van meer dan 50 jaar, nog altijd beantwoordt aan de noden op gezondheidsgebied van de bevolking. De economische benadering die we hier gevolgd hebben, is een van de dimensies waarmee rekening moet worden gehouden, maar niet de enige zaligmakende. Deze benadering zou aangevuld moeten worden met andere belangrijke dimensies zoals bijvoorbeeld het verlies aan levenskwaliteit. Investeren wij wel echt in aandoeningen

die de grootste invloed hebben op het welzijn van de patiënten, uitgedrukt in DALY's (het verlies aan gezonde levensjaren)? Het resultaat zou verrassend kunnen zijn. Een andere mogelijke krachtlijn is die van de voorkeuren van de maatschappij: maken wij in de gezondheidssector wel echt keuzes die beantwoorden aan de voorkeuren van de patiënten en de bevolking? Zo belanden wij opnieuw bij het debat over de visie op de gezondheidszorg. Waar moeten (en willen) wij zijn binnen 10 à 20 jaar? Wat zijn de leemten? Welke aanpassingen moeten aangebracht worden aan het systeem...? Er moet een debat komen, zodat we weten welk gewicht we morgen kunnen leggen op het ziekenhuis, op de eerste lijn, op de geneesmiddelen, op de innoverende behandelingen of nog op preventie. En er is meer, we zullen ook moeten nadenken over hoe we ons beter kunnen coördineren met de andere politieke instellingen die iets in de pap te brokken hebben op gezondheidsgebied: opvoeding, leefmilieu, toezicht op de voedselketen, werkgelegenheid, huisvesting.

Uit deze analyse blijkt duidelijk dat er niet genoeg gezondheidsgegevens beschikbaar zijn in ons land...

De ziekenfondsen beschikken niet over de diagnosegegevens in verband met de aandoeningen. Wij zijn verplicht geweest om 'extrapolaties' te maken op basis van de terugbetalingsgegevens van de geneesmiddelen, omdat wij vonden dat dit een relevante en belangrijke oefening was. Onze conclusies kloppen trouwens met die uit de internationale literatuur. Deze methodologische limieten illustreren evenwel dat het in ons land echt ontbreekt aan informatie in verband met de aandoeningen. In de ambulante sector staan wij met lege handen, bij gebrek aan de registratie van de ziektes. We beschikken wel over informatie in de ziekenhuissector, maar die informatie valt moeilijk te gebruiken aangezien ze gecentraliseerd is bij volksgezondheid. Het is een ingewikkelde zaak om deze te verbinden met de gegevens van het RIZIV of met de blijvende steekproef van het Inter mutualistische agentschap. Het ontbreekt ons dus aan relevante gegevens om de keuzes in de gezondheidszorg optimaal te kunnen beheren.



Interview door Stéphanie Brisson

“ Er zouden nieuwe zorgtrajecten moeten komen ”

Interview met Alain De Wever, professor emeritus ULB – Ecole de Santé publique



Hoe kunnen de uitgaven die gepaard gaan met chronische ziektes, vol-

gens u beter beheerd worden, in het licht van deze studie?

De patiënten met chronische ziektes hebben nu eenmaal de hoogste uitgaven en heel vaak worden die uitgaven zelfs niet terugbetaald door de verplichte verzekering. Wat het voorbeeld van de zorgtrajecten betreft, ik denk dat men beter zou werken met een forfaitair systeem voor de terugbetaling van geneeskundige verzorging aan chronische patiënten. De forfaits die al bestaan voor bepaalde aandoeningen, zijn een succes, denk maar aan de nierinsufficiëntie. Men zou nieuwe zorgtrajecten moeten ontwikkelen voor andere chronische aandoeningen, zoals COPD of voor de oncologische zorg.

Welke benadering beveelt u aan voor de meest voorkomende chronische ziektes, zoals hypertensie en psychische stoornissen?

Wat hypertensie betreft, is het eerst en vooral belangrijk om werk te maken van de secundaire preventie. Een patiënt met te hoge bloeddruk die goed verzorgd wordt, is ook goed beschermd. Met 'goed verzorgd' bedoelen we natuurlijk dat hij zijn geneesmiddelen slikt en goed begeleid wordt. Dat is van cruciaal belang, want hypertensie heeft tal van sluipende gevolgen: een infarct, cardiovasculaire problemen, verlies aan autonomie,... Het prijskaartje daarvan voor de maatschappij is enorm. De rol

van de huisarts is cruciaal. Wat de geestelijke gezondheid betreft, is het zo dat het beruchte 'artikel 107' volkomen relevant is: het moet de bedoeling zijn om dergelijke mensen zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis te houden. Geesteszieken moeten verzorgd worden in ambulante structuren voor chronische psychiatrie. Het ziekenhuis moet voorbehouden worden voor acute gevallen. De ontwikkeling van ambulante alternatieve structuren zou trouwens een goede zaak zijn voor alle chronische ziektes.

Wat is de rol van de huisarts?

Het is niet alleen de rol van de huisarts om dringende gevallen op te vangen of om van wacht te zijn. Het is vooral zijn rol om chronische ziektes zoals diabetes en hypertensie op te volgen dankzij zorgtrajecten. Zijn functie zou nog meer moeten worden toegespitst op preventie. Om iets te doen aan de uitgaven, zouden we dus moeten investeren in een nieuwe oriëntatie van de huisarts. Zijn aanpak moet meer gericht worden op preventie en op het verzorgen van chronisch zieken. Hij is ook de best geplaatste persoon om de comorbiditeit te beheren, dankzij het globaal medisch dossier (GMD), een GMD dat elektronisch wordt en dat beheerd moet worden door de patiënt. Dat is de toekomst!

Een GMD dat op lange termijn ook een hulpmiddel zou kunnen worden voor de epidemiologische opvolging van de bevolking?

Ja! Want we leven vandaag weliswaar in een land waar veel gegevens voorhanden zijn, er zijn nog altijd domeinen waar

er afgeblokt wordt. De klinische minimumgegevens zijn geweldig: we kennen zo alle ziekenhuisdiagnoses en we weten hoeveel er aangerekend werd. Er is geen enkel land dat over dergelijke gegevens beschikt! We beschikken ook over de gegevens van Farmanet: we weten perfect wat de patiënten ambulant slikken en we weten ook wie wat voorschrijft. We hebben daarentegen geen idee van de ambulant gestelde diagnoses. Het elektronische GMD biedt hiervoor de oplossing. Met die gegevens er bovenop, zouden we perfect op de hoogte kunnen zijn van de epidemiologie van ons land, terwijl dat vandaag veeleer nattevingerwerk is. Als we die gegevens zouden kunnen koppelen aan de sociale gegevens van de ziekenfondsen, die momenteel weinig toegankelijk zijn, dan zouden we zelfs een volksgezondheidsplan kunnen uitwerken en officiële aanbevelingen kunnen formuleren, die gebaseerd zouden zijn op onbetwistbare epidemiologische gegevens, niet alleen op budgettaire criteria.

Interview door
Stéphanie Brisson

De rol van de huisarts is ook om chronische ziektes zoals diabetes op te volgen.



30 miljoen euro

Zoveel bedraagt de subsidie die het Universitair Ziekenhuis van Antwerpen (UZA) ontvangen heeft van de Europese Commissie voor de coördinatie van een grootscheeps internationaal onderzoek over traumatische hersenletsels.

1.300.000.000 €

Ziedaar de som van de investeringen van de openbare en privéziekenhuizen in België in 2012.

(Bron: de studie Maha van Belfius)

Belangrijk: de Vlaamse en Nederlandstalige Brusselse leden van Euromut veranderen van ziekenfonds!

Op 1 januari 2014 zullen de verzekerden uit het Vlaamse gewest en de Nederlandstalige verzekerden uit het Brusselse gewest die lid zijn van Euromut, gezamenlijk overstappen naar Partena Ziekenfonds.

Er werden bijzondere regels uitgewerkt voor:

- **de ziekenhuizen:** de wijzigingen zullen meegedeeld worden via Carenet.
- **de verpleegkundigen:** inlichtingen zijn beschikbaar via MyCarennet. De medische akkoorden en de kennisgevingen aan de betrokken patiënten worden automatisch overgenomen door Partena Ziekenfonds.
- **de apothekers:** de facturatie is gebaseerd op betalingsverbintenissen en wordt dus niet beïnvloed.
- **de zorgverleners die elektronisch factureren:** we raden hen aan om een kijkje te nemen op ons portaal www.4cp.be, zodat ze kunnen zien bij welk ziekenfonds hun patiënt aangesloten is.
- **De facturatie van de derde betaler van de huisartsen:** de verzekeringsinstelling zal de correctie automatisch aanbrengen, als het kleefbriefje Euromut (509) vermeldt in plaats van Partena Ziekenfonds (526). De tarifieringsdiensten die de verwerking verzekeren van de manuele derde betaler voor de artsen, worden verzocht om ook ons portaal www.4cp.be te raadplegen. Daarop kunnen ze zien van welk ziekenfonds de betrokken patiënten deel uitmaken.

Meer informatie: neem contact op met ons via 02 778 95 55 of contfac@mloz.be

Assistent in mondhygiëne: een nieuw beroep in de maak?

Een goede mondhygiëne is van essentieel belang om mondproblemen te voorkomen. Preventie is daarbij meer en meer noodzakelijk, zowel in de tandartspraktijk als bij personen die in een instelling verblijven (bejaarden en/of gehandicapten). Een assistent in mond- en gebitsverzorging zou dan ook goede diensten kunnen bewijzen aan de tandarts en de nodige ondersteuning kunnen bieden aan groepskabinetten. De Raad van de Tandheelkunde heeft een advies in die zin overhandigd aan de FOD Volksgezondheid. Dit advies bevat o.a. details over de taken die toevertrouwd zouden worden aan de assistent voor mond- en tandverzorging: de contacten met de patiënten, informatie over de mondhygiëne, de verzameling van gezondheidsgegevens, het maken van afdrucken, ... De FOD buigt zich momenteel over dit advies.

www.health.belgium.be

75%

van de artsen is van mening dat homeopathie niet thuishoort in de officiële gezondheidszorg.

Dat blijkt uit een studie van de Artsenkrant!

Apothekers kunnen verzekeraarheidstoestand van patiënt rechtstreeks nagaan

Er staat een nieuwe fase in de informatisering van de gezondheidszorg op stapel: vanaf 2015 zullen apothekers de verzekeraarheidstoestand van hun patiënten rechtstreeks kunnen nagaan via het geïnformatiseerde netwerk MyCareNet. Op die manier kunnen ze controleren of een patiënt de maximumfactuur (MAF) of de 'chronische maximumfactuur' geniet. Daarnaast laat dit systeem ook toe om na te gaan of en wanneer het jaarlijkse uitgavenplafond van de patiënt is bereikt. Als dat plafond bereikt is, kan de apotheker het geneesmiddel gratis afleveren. De patiënt hoeft dus geen remgeld te betalen dat hem sowieso zou worden terugbetaald. Op die manier valt een grote drempel weg, want onderzoek heeft al aangetoond dat mensen noodzakelijke medicatie niet gingen halen omdat ze het bedrag niet konden voorschieten.

Huisartsen mogen geen ADHD meer vaststellen

Huisartsen en psychologen mogen geen ADHD-diagnoses stellen. Het vaststellen van de aandachtstoornis is weggelegd voor geneesheer-specialisten die daarvoor zijn opgeleid. Dat stelt de Hoge Gezondheidsraad in een aanbeveling, die werd gemaakt op vraag van minister van Volksgezondheid Laurette Onkelinx. Huisartsen mogen enkel geneesmiddelen voorschrijven voor een behandeling die door een psychiater is gestart. En dan nog is een jaarlijkse controle bij de specialist aanbevolen. De Gezondheidsraad pleit ook voor gedragstraining in plaats van Rilafine bij een milde vorm van ADHD. In 2011 werden in ons land 894.000 verpakkingen methylfenidaat – beter bekend onder de merknamen Rilafine en Concerta – verkocht. Slechts 295.269 ervan werden terugbetaald, wat erop wijst dat ze wellicht niet werden voorgeschreven door een specialist.

www.health.belgium.be

De kampioenen van de 'gezondheidswijsheid'!



Gezondheidswijsheid of 'Health Literacy' is de term die weergeeft in hoeverre een persoon in staat is om gezondheidsinformatie op te zoeken, te begrijpen en te gebruiken. De eerste editie van de Well Done Awards, gelanceerd in de lente van 2013, stelde 35 projecten ter bevordering van de gezondheidswijsheid voor. Een jury, bestaande uit 12 partners

uit de gezondheidswereld (waaronder de Onafhankelijke Ziekenfondsen), heeft een onderscheiding toegekend aan 3 van die projecten:

- Het Expertisecentrum Kraamzorg Volle Maan (te Brussel) heeft een **preventiekit** ontwikkeld, die rekening houdt met de culturele verschillen **bij kwetsbare vrouwen** (migranten of vrouwen die bedreigd worden met uitsluiting). Het project wil tevens begeleiding bieden aan organisaties die zich richten op deze doelgroep, door hen te leren hoe ze de educatieve kit kunnen gebruiken.
- Het Digestief Centrum Maria Middelaars (te Gent) heeft een **webtool** bedacht, die speciaal bedoeld is als bijkomend communicatiemiddel om de uitwisseling van informatie tussen de arts en de gehospitaliseerde patiënt te verbeteren. Om de medische informatie toegankelijker te maken, heeft het Centrum aan zijn website geïllustreerde interactieve dossiers toegevoegd. De patiënt kan die zelfs inkijken vanuit zijn bed in het ziekenhuis.
- Het UMC Sint-Pieter (te Brussel) heeft **de creatie ondersteund van een driemaandelijks blad**, dat gepubliceerd wordt door jongeren met HIV, die opgevolgd worden door hun dienst pediatrie. Dit project wil deze jongeren helpen om hun ziekte te begrijpen. 'L'Indéfectable' helpt hen om hun problemen en vragen uit te wisselen en hun hart te luchten. Zo krijgen ze minder het gevoel dat ze gestigmatiseerd worden.

www.welldoneawards.be



De nieuwe patiënt: niet langer het lijdend voorwerp van de gezondheidszorg



Yvo Nuyens

Een belangrijke verschuiving in het zorglandschap de afgelopen decennia is ongetwijfeld de rol van de patiënt. Waar deze vroeger vooral de zorg onderging, neemt hij nu de touwtjes zelf in handen. Artsen krijgen steeds meer te maken met geïnformeerde en assertieve patiënten, die niet alleen vragen stellen, maar ook antwoorden verwachten. De medische wereld heeft het fenomeen inmiddels min of meer omarmd en beseft dat gezondheidszorg ook effectief beter is als burgers en patiënten er actief bij betrokken worden. Maar is het Belgische zorgsysteem klaar voor een nieuwe koers met de patiënt aan het stuurwiel?

De tijd waarin de huisarts zijn diagnose in onverstaanbaar medisch vakjargon meedeelt aan de patiënt, die op zijn beurt enkel knikt en zwijgt, is definitief voorbij. Tegenwoordig weten veel patiënten al min of meer wat er men hen scheelt nog voor ze het kabinet binnenlopen. Yvo Nuyens, emeritus hoogleraar medische sociologie en voormalig programmadirecteur bij de Wereldorganisatie, heeft deze evolutie van dichtbij gevolgd. Veertig jaar na zijn debuut 'Zeg maar 'a' tegen je dokter' stelt hij zijn nieuwe boek voor, dat hij samen met een twintigtal andere auteurs schreef: 'Dokter, ik heb ook iets te zeggen'. De titels spreken boekdelen. "Mensen worden steeds mondiger en kritischer",

verklaart Nuyens. "Ook in de gezondheidszorg: patiënten verlangen dat er naar hen wordt geluisterd en dat artsen een aangepast antwoord uitwerken. Er vindt een verschuiving plaats van het louter aanbieden van zorgdiensten naar een vraaggestuurde zorg, met veel aandacht voor het participatieve aspect."

Participatie op drie niveaus

Burgers en patiënten kunnen op drie niveaus participeren aan de zorg: op microniveau (de eigen individuele zorgrelatie), op mesoniveau (ziekenhuizen en zorginstellingen) en op macroniveau (het federaal en regionaal gezondheidsbeleid). "Wat het mi-

croniveau betreft, zijn er al heel wat vorderingen gemaakt", aldus Nuyens. "Sinds 2002 liggen de rechten van de patiënt vast: vrije keuze van de zorgverstrekker, recht op heldere informatie, toegang tot het medisch dossier... Anderzijds krijgt de patiënt ook een steeds grotere verantwoordelijkheid toegewezen. Ziek of gezond zijn heeft tegenwoordig meer te maken met onze levensstijl - roken, beweging, voeding - dan met bacteriën en virussen. Dat houdt in dat de huisarts meer zou moeten adviseren, maar voorlopig betaalt de nomenclatuur hem overwegend terug op technische prestaties, niet op intellectuele prestaties. De 'betaling per akte' die de Belgische gezondheidszorg domineert, is

dus contraproductief voor de patiënten. Soms volstaat het dat de huisarts gewoon eens rustig met zijn patiënt praat.”

Ook op mesoniveau zijn er belangrijke recente ontwikkelingen. “In de nabije toekomst zouden ziekenhuizen patiëntenvertegenwoordigers moeten inschakelen om behandelingen te evalueren of om hun algemeen beleid aan te sturen”, vindt Nuyens. “ICURO, de Vlaamse koepel van 27 ziekenhuizen met publieke partners, heeft al aanbevelingen uitgewerkt over de inbedding van patiëntenvertegenwoordiging in ziekenhuizen. Ook Zorgnet Vlaanderen heeft onderzocht hoe ziekenhuizen beter op de noden van de patiënt afgestemd kunnen worden, door bijvoorbeeld een duidelijke factuur, tolken of vertalers en groeps gesprekken. Daarbovenop is de Vlaamse overheid intussen kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuizen aan het uitwerken. Eens die op punt staan, zullen de scores van de ziekenhuizen in die metingen ook publiekelijk gemaakt worden. Voor de patiënten is die transparantie een zegen: ze zullen voortaan een ziekenhuis kunnen kiezen op basis van de gemeten kwaliteiten.”

Het schoentje knelt echter op het macroniveau. Op dit moment is de besluitvorming in België een model waarbij verschillende stakeholders (artsenbonden, ziekenfondsen,...) in een overlegcommissie zetelen. Zij worden geacht de belangen van burgers en patiënten te verdedigen, maar weegt hun stem wel voldoende door? We horen al te vaak dat beslissingen in de zorgsector boven het hoofd van de burger gemaakt worden – zeker als het gaat om terugbetalingen of het stellen van prioriteiten. “Als we naar het buitenland kijken, zien we nochtans enkele mooie voorbeelden van burgerparticipatie”, vertelt Nuyens. “Ik heb ooit deelgenomen aan een citizens’ panel in Manchester. Het lokale bestuur organiseerde er, in het kader van

de Britse National Health Service, een reeks publieke vergaderingen waar thema’s zoals bejaardenzorg en wachtlijsten aan bod kwamen. Iedereen was er welkom en mocht mee discussiëren en input geven. Ik woon nu vier jaar in Antwerpen en zoiets heb ik hier nog niet gezien, hoewel ik ook met een aantal vragen zit wat het lokale gezondheidsbeleid betreft...”

Studie KCE

Ook het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) pleit voor meer inspraak van de burgers. Het centrum is

“We horen al te vaak dat beslissingen in de zorgsector boven het hoofd van de burger gemaakt worden.”

van mening dat beleidsbeslissingen rond gezondheidszorg de maatschappelijke waarden moeten weerspiegelen. Burgers en patiënten rechtstreeks betrekken bij de besluitvorming is alvast één manier om dit doel te bereiken. Momenteel bekijkt het KCE echter andere mogelijke modellen om mee te werken, zo vertelt Raf Mertens, directeur van het Kenniscentrum. “We werken hiervoor intensief samen met de universiteit van Twente, die een sterke expertise heeft in burgerparticipatie. De citizens’ panels zijn zeker inspiratiebronnen, maar voorlopig denken we nog niet in de richting van bijeenkomsten en debatten. Momenteel onderzoeken we een benadering via enquêtes, die peilen naar wat er leeft bij de mensen.”

Eerder dit jaar deed het KCE onderzoek naar de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van burger- en patiëntenparticipatie op

macroniveau. Hiervoor ondervroegen ze al de stakeholders van het gezondheidssysteem, ook zij die vandaag nog niet aan de besluitvorming deelnemen. De voordelen van participatie zijn duidelijk: een beter begrip en een groter publiek bewustzijn bij de betrokkenen, wat tot meer individuele en collectieve verantwoordelijkheid kan leiden. Mertens: “Uit ons onderzoek blijkt dat voor beslissingen over terugbetaling van producten en diensten, patiënten het best geraadpleegd worden, terwijl burgers beter geconsulteerd kunnen worden voor beslissingen over het stellen van budgettaire prioriteiten. Beiden kunnen dus een belangrijke rol spelen, zij het vanuit een andere invalshoek: de patiënt als ervaringsdeskundige en de burger als belastingbetaler.”

Angst voor verandering

Maar is het Belgische zorgsysteem wel klaar voor zo’n participatie? Nog uit het onderzoek van het KCE blijkt immers dat een kwart van de stakeholders uitdrukkelijk gekant is tegen rechtstreekse deelname van de burger aan debatten over terugbetalingen en prioriteiten in de gezondheidszorg. “Dat het niet op 100% gejuich wordt onthaald, is niet zo verwonderlijk”, verduidelijkt Mertens. “De angst voor verandering en voor het onbekende speelt wel degelijk een rol. Sommigen vrezen dat het een volledige democratisering van het zorgaanbod zal teweegbrengen en dat er een shoppingcultuur zal ontstaan. Maar het waren vooral zij die geen ervaring met het onderwerp hadden, die zich negatief uitlieten. Respondenten die er wel ervaring mee hadden, reageerden overwegend positief.”



Hellen Smeets

hellen.smeets@mloz.be

De huisarts, een sleutelfiguur van de preventie

Een van de middelen om iets te doen aan de chronische ziektes en de kosten die ze veroorzaken, is een grotere klemtoon leggen op preventie. Of het nu primair of secundair is, preventie hoort volop thuis in het kabinet van de huisarts. Opsporing, gezondheidspromotie, hypertensie, cardiovasculaire aandoeningen, het zijn allemaal domeinen waarin de bijdrage van de huisarts cruciaal is!

De Europese definitie van het beroep 'algemeen geneeskundige' door de WONCA* stelt duidelijk dat gezondheidspromotie en preventie van ziektes, deel uitmaken van het beroep van huisarts. Een standpunt dat zowel verdedigd als ondersteund wordt door de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG) en Domus Medica. "De SSMG verdedigt de centrale rol van de huisarts op het gebied van preventie. Hij is de gezondheidsprofessional die het dichtst bij de patiënt staat, hij is het best bereikbaar en komt dus het vaakst in contact met de bevolking", vertelt Thierry Van der Schueren, huisarts en secretaris-generaal van de SSMG. "Hij beschikt bovendien over de meeste informatie in verband met de patiënt. Zijn centraliserende rol wordt nog versterkt en erkend door het bestaan van het globaal medisch dossier (GMD)."

Verscheidenheid aan preventieopdrachten

De huisarts kan een sleutelrol spelen bij van tal van preventieacties (zowel op vlak van gezondheidseducatie als de begeleiding van een ziekte). De lijst is lang: "aanzetten tot een gezonde levenswijze op vlak van een gezonde voeding, lichaamsbeweging, tabak en alcohol, vaccinaties, controle van cardiovasculaire risicofactoren, kankeropsporing bij patiënten met een hoog familiaal risico, gevalideerde kankeropsporingen (borst-, baarmoederhals- en colorectale kanker) voorstellen aan bepaalde doelgroepen", vervolgt Thierry Van der Schueren. "De huisarts kan ook nutteloze onderzoeken (bv. een jaarlijkse mammografie) en niet-gevalideerde opsporingen (prostaat- en longkanker) ontraden. Hij kan ten slotte ook een buffer vormen tegen een overdreven medicalisering, een fenomeen dat aan de basis kan liggen van stress en overbodige bestraling."

Dit zijn elementen die duidelijk aan de huisarts werden toevertrouwd in het kader van het GMD+, een medisch dossier met een preventief luik voor patiënten van 45 tot 75 jaar. Het GMD+ staat echter nog in zijn kinder-

schoenen. Zeker in Wallonië, waar slechts 3% van de patiënten opgevolgd wordt (ter vergelijking: 4,3% in Vlaanderen en 3,6% in Brussel). In huisartsenkringen werden de grote middelen ingezet om de huisartsen te helpen bij de invoering van het GMD+. Aan Frans-talige kant zijn dat opleidingen en online informatie. In Vlaanderen bestaat er een 'gezondheidsgids': een kit waarmee de arts een volledig preventietraject kan afleggen, samen met de patiënt.

Cruciaal, maar moeilijk vol te houden

"De huisarts beschouwt de preventie momenteel als een deel van zijn rol als wetenschappelijke adviseur die het dichtst de patiënt staat: hij informeert zijn patiënt over wat nuttig is voor zijn gezondheid en suggereert gedragswijzigingen, om te vermijden dat deze een chronische ziekte krijgt", legt Thierry Van der Schueren uit.

Volgens de huisartsen maakt preventie dus duidelijk deel uit van hun opdracht, hoewel het niet altijd makkelijk is om tijd te besteden aan dit luik. "Aangezien ze vooral contact hebben met hun patiënten bij gezondheidsklachten, zullen huisartsen alleen aan preventie doen als ze niet overbelast zijn. Deze activiteit komt dus vaak op de tweede plaats. Ze doen het als ze er tijd voor hebben", verklaart de vertegenwoordiger van de SSMG. "Huisartsen vermelden het vaakst tijdsgebrek en het achterwege blijven van de uitdrukkelijke vraag van de patiënten als de redenen om nauwelijks aan preventie te doen." Misschien is het eindelijk tijd om te komen tot een betere convergentie van de preventieve stappen tussen artsen (die nauwer bij de zaak moeten worden betrokken), de patiënten (die meer en meer vragende partij zijn), de ziekenfondsen (die nog proactiever informatie zouden moeten verstrekken) en de overheden (die het grote publiek meer moeten sensibiliseren).



Stéphanie Brisson
stephanie.brisson@mloz.be

*World Organization of National Colleges, Academics and Academic Associations of General Practitioners

Het debat

Hoewel huisartsen het niet altijd eens zijn met het voorschrijfgedrag van specialisten, is het voor hen zeer moeilijk om hun voorschriften niet te verlengen. Die situatie doet vragen rijzen over de rol en de verantwoordelijkheid van de eerste voorschrijver. Dr. Koen Verhofstadt, huisarts in Gent, en Prof. Guy Van Camp, voorzitter van de Belgian Society of Cardiology, doen hun visie over deze problematiek uit de doeken!



Dr. Koen Verhofstadt,
huisarts in Gent



Prof. Guy Van Camp, voorzitter van de
Belgian Society of Cardiology

“Geen discussie op basis van hiërarchie!”

Rilatine, antidepressiva, ... het is ergerlijk om vast te stellen dat de media vaak de huisarts viseren rond zijn voorschrijfgedrag. Maar hoe zit het met de kinderartsen, internisten, gerieters, psychiaters en neurologen? Want de verantwoordelijkheid van een voorschrift ligt steeds bij de voorschrijver en het maakt niet uit of dat dan de huisarts is of de specialist. De eerste belangrijke kwestie is de verhouding tussen de patiënt, de huisarts en de specialist. Die bepaalt wie de eindverantwoordelijkheid draagt. In het belang van mensen die al veel middelen nemen van verschillende specialisten moeten wij dikwijls ‘saneren’.

Het eventuele meningsverschil tussen huisarts en specialist moet gevoerd worden op basis van ‘Evidence Based Medicine’ (EBM), op wetenschap gebaseerde geneeskunde. Invloed en hiërarchie spelen onder de oppervlakte echter een grote rol. Huisartsen die steeds volgen wat de specialist zegt, een internist die de leidraad van een ziekenhuis volgt, ... Ze hanteren niet EBM als belangrijkste criterium. Nochtans heeft net dit principe voor de ontvoogding van de huisarts en de opwaardering van de huisartsengeneeskunde gezorgd. Als een specialist medicatie voorstelt waar de huisarts niet mee akkoord gaat, dan heeft die laatste EBM-argumenten om met de specialist in discussie te gaan. Zo’n rationele discussie maakt beide partijen ‘slimmer’ en dient bovenal het belang van de patiënt.

Ik ijver dus voor een volwassen discussie tussen artsen op basis van de wetenschap en niet op basis van hiërarchie of autoriteit en zeker niet op basis van de industrie. Ik pleit ook voor een samenspraak met de patiënt die bepaalt wie hij ‘volgt’. Als er een meningsverschil is, moeten we de patiënt informeren over de argumenten van specialist en huisarts. Uiteindelijk ligt de eindbeslissing namelijk in zijn handen.

“Afspraken maken met wederzijds respect”

De verantwoordelijkheid van het medisch voorschrift ligt uiteraard enkel en alleen bij de voorschrijver. We zouden dan ook beter een discussie voeren over de invloed die een voorschrijvende arts kan hebben op de houding en de verwachtingen van de patiënt naar het toekomstige medicatiegebruik toe. Het is namelijk moeilijk te begrijpen voor een patiënt dat de ene arts een pleidooi houdt voor het voorschrijven van een bepaald geneesmiddel en de andere dit ten stelligste zou afraden.

Net als de relatie tussen patiënt en arts, is ook die tussen de specialist en de huisarts erg belangrijk. Het einddoel is eenvoudig: het leveren van een optimale kwaliteitsvolle zorg, rekening houdend met de beschikbare medische evidentie van vandaag. In vele domeinen ontbreekt die medische evidentie echter nog, waardoor geneeskunde nog steeds een ‘kunst’ is en geen kookboek. Daardoor kunnen de meningen tussen artsen al eens verschillen en dat is geen schande. De individuele arts heeft de individuele vrijheid om zijn keuze in het medische beleid toe te lichten aan de patiënt en die te verdedigen, en gelukkig maar. Het is uiteraard het recht van de patiënt om zijn keuzes te maken binnen het kader van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts.

Dit gezegd zijnde is het vanzelfsprekend om bij voorkeur afspraken te maken tussen specialisten, ziekenhuizen en huisartsen om zo collegiaal mogelijk met het voorschrijfgedrag om te gaan, zonder afbreuk te doen aan de therapeutische vrijheid. Zo zullen specialisten vaak eerder adviezen uitbrengen, voorstellen formuleren en een eerste voorschrift opmaken, terwijl de opvolging door de huisarts gebeurt. Zoals vaak bestaan hier echter geen wetten voor en daarom moet dit gebeuren met wederzijds respect!

Een dag minder in de kraamkliniek: een goed idee dat uit het oog verloren is?

Waarom het terugbetaalde ziekenhuisverblijf na de bevalling niet met een dag inkorten? Het voorstel van Marc Moens, vice-voorzitter van de BVAS, deed de voorbije zomer heel wat stof opwaaien. Terwijl de meesten verbaasd toekeken hoe Kate Middleton het ziekenhuis 24u na de bevalling al verliet, maakte hij van de gelegenheid gebruik om de aandacht te vestigen op de mogelijke besparing die een ingekort verblijf in de kraamkliniek zou kunnen opleveren. Een voorstel dat de strategische cel van het kabinet Onkelinx links liet liggen.

Uiteraard was het niet de bedoeling van Dr. Moens om de situatie van Hare Koninklijke Hoogheid hertogin van Cambridge, omringd door de beste verpleegkundigen, te vergelijken met die van onze Belgische toekomstige mama's. Hij wou eerder de aandacht vestigen op de grote besparing die de inkorting van het verblijf op de kraamafdeling zou kunnen opleveren. In België verblijft een jonge moeder na een normale bevalling (via vaginale weg) gemiddeld 4,5 dagen op de kraamafdeling*. Ons land voert daarmee het klassement aan van de langste verblijven van de 12 Europese landen die de OESO onder de loep nam. Jaarlijks vinden er ongeveer 120.000 bevallingen plaats voor de gemiddelde prijs van 275 euro per dag. Omgerekend kan een inkorting van het verblijf met slechts één hospitalisatiedag een besparing van 33 miljoen euro per jaar opleveren. Een bedrag dat in crisistijden moeilijk te negeren valt, maar dat we niet als pure winst mogen beschouwen. "Er moet ook een berekening gemaakt worden van de kostenefficiëntie", vertelt Dr. Michel Masson, gynaecoloog-verloskundige en secretaris-generaal van de BVAS. "Thuiszorgploegen oprichten kost ook geld, maar waarschijnlijk wel minder dan een hospitalisatie."

Dalende tendens

Onder invloed van de medische technologieën evolueren we de laatste jaren steeds meer in de richting van een korter ziekenhuisverblijf in het algemeen

en de ontwikkeling van thuiszorg. "Toen ik begon te werken, duurde een ziekenhuisverblijf tussen de 8 à 10 dagen", legt Dr. Michel Masson uit. "Vandaag zitten we op een gemiddelde van 4,5 dagen. Waar ligt de grens? Bepaalde landen gaan zelfs nog verder. In de VS is de verpleegdag bv. zodanig duur dat vrouwen bevallen in het ziekenhuis, de nacht doorbrengen en naar huis gaan."

En wat met de andere Europese landen? Volgens cijfers van de OESO uit 2012 volgt Frankrijk ons land met een gemiddelde van 4,2 dagen, terwijl vrouwen in het Verenigd Koninkrijk al na 1,5 dag het ziekenhuis verlaten. Of het nu in een openbaar of privéziekenhuis is, de omstandigheden blijven dezelfde. In Denemarken brengen jonge moeders gemiddeld 1,6 dagen

In Denemarken brengen jonge moeders gemiddeld 1,6 dagen door op de kraamafdeling, in Zweden 2,2 dagen en in Spanje 2,5 dagen.

door op de kraamafdeling, in Zweden 2,2 dagen en in Spanje 2,5 dagen. Een verschil van land tot land dat geen enkele medische reden kan rechtvaardigen!

"We zijn voorstander van een inkorting van het verblijf in de kraamkliniek met een dag", onthult Dr. Johan Van Wiemeersch, gynaecoloog-verloskundige en voorzitter van de Beroepsvereniging van de Belgische verloskundigen en Gynaecologen. Bij een overgang van 4,5 dagen naar 3,5 dagen zal de gezondheid van de moeders daar niet onder lijden. Het enige verschil is dat ze gewoon een dag minder 'op hotel' zitten. We hebben het hier uiteraard niet over vrouwen die een keizersnede of een grote episiotomie ondergingen,

* Cijfers van 2012 van de OESO

waarbij er complicaties waren, of waarvan de bevalling meer dan 24u duurde... Het gaat enkel om bevallingen zonder complicaties, de overgrote meerderheid dus."

En de ziekenhuizen?

Besparen op 120.000 hospitalisatiedagen betekent ook 120.000 hospitalisatiedagen minder voor de ziekenhuizen. Een bevalling is de meest voorkomende medische handeling in een ziekenhuis. Het verblijf na de bevalling inkorten houdt dan ook een herziening in van het financieringsbeleid van de ziekenhuizen. "De financiering van de ziekenhuizen is aan het evolueren in de richting van een forfaitair systeem," legt Dr. Van Wiemeersch uit. "Als we dat toepassen op de bevalling, zou de kostprijs niet langer gebaseerd worden op het aantal hospitalisatiedagen en zou de vermindering met een dag dan ook gecompenseerd kunnen worden. Voor de gynaecologen zou dit geen financieel verschil betekenen, aangezien in de ertelonen van de bevalling sowieso vijf dagen observatie zitten." De voorbije zomer werd de evaluatie van een dergelijke vermindering van het verblijf op de materniteit toevertrouwd aan een werkgroep van het RIZIV, waarin artsen en ziekenfondsen zetelden. Korte tijd later werd het voorstel verworpen door de strategische cel van het kabinet Onkelinx. De redenen? Het project is beperkt tot één bepaalde ziekenhuisdienst en de investering in specifieke thuiszorg zou voor bijkomende kosten zorgen waarvoor er geen geld is... Wordt vervolgd.

Vroegtijdige terugkeer

In België bieden heel wat ziekenhuizen nu al een systeem aan voor de thuisopvolging van jonge moeders die de kraamkliniek vroegtijdig wensen te verlaten, op initiatief van de ploegen van vroedvrouwen. Het gaat wel nog maar om plaatselijke, weinig bekende initiatieven. Bepaalde zelfstandige vroedvrouwen zijn ook gespecialiseerd in verzorging en begeleiding thuis net na de geboorte. Aangezien de meerderheid van de vroedvrouwen geconventioneerd is, wordt de thuiszorg volledig terugbetaald, met uitzondering van de verplaatsing en eventueel het materiaal. "Dit betekent een enorme besparing voor de patiënte", vertrouwt Christine Johansson, voorzitter van de Vereniging van Belgische Vroedvrouwen, ons toe.

"Een hospitalisatiedag zonder verzorging, d.w.z. alleen het logement, komt neer op ongeveer 275 euro per dag. Op vlak van het herstel van moeder en baby, hun comfort en een vlotte borstvoeding, denk ik dat de thuisomgeving gunstiger is. De opvolging wordt op die manier ook persoonlijker, het is niet de hele tijd iemand anders die je komt helpen." De vroegtijdige terugkeer naar huis (rond dag 1) of het inkorten van het verblijf in de kraamkliniek zijn alternatieven die al bestaan, maar die bij jonge moeders maar weinig bekend zijn. "De gynaecologen reppen er tegen de patiënten met geen woord over en de ziekenhuizen zijn wantrouwig: ze denken zich liever in. Vanuit de ziekenhuis- en medische structuren is er duidelijk een gebrek aan informatie", benadrukt Christine Johansson.



Nathalie Renna

nathalie.renna@mloz.be

Groter budget voor vroedvrouwen en respect voor de aanbevelingen van de goede praktijk



Voor een 'normale' bevalling zouden we inderdaad de verblijfsduur kunnen inkorten. Het is echter nog belangrijker om te focussen op kwalitatief hoogstaande zorg voor moeder en kind. Als de kostprijs van een normale bevalling gevat kan worden in een forfait, dan moet dit gebeuren op basis van de aanbevelingen van de goede praktijk. Uiteraard zal een bevalling met complicaties altijd zorg op maat blijven vragen.

Een belangrijke voorwaarde om moeder en kind snel naar huis te sturen, is uiteraard een goede organisatie van de postnatale thuiszorg door

vroedvrouwen. Daarvoor is een groter budget voor vroedvrouwen nodig. Het huidige totale budget voor de zorg door vroedvrouwen (pre- en postnatale zorg en bevallingen inbegrepen) bedraagt slechts 0,066% van het totale budget voor geneeskundige zorg.

Het KCE voert momenteel een studie uit naar het geïntegreerde postpartum model in België en de optimalisatie van de kosten en de kwaliteit van de verzorging van moeder en kind. Laten we die resultaten afwachten om verder een standpunt in te nemen!



Onbeantwoorde medische behoeftes: tijd voor actie!

Zowel op Europees als nationaal vlak is het op de markt brengen van geneesmiddelen strikt gereguleerd. Maar wat met zeldzame, levensbedreigende aandoeningen waarbij haast en spoed vereist is? Bij zulke 'onbeantwoorde medische behoeftes' is een versnelde procedure nodig om de voorschrijvers meer rechtszekerheid te bieden en de termijnen zonder terugbetaling in te korten. In het buitenland bestaan dergelijke experimentele procedures al en nu wil ook België op de kar springen!

Voor heel wat patiënten met een ernstige zeldzame ziekte bestaan er geen doeltreffende geneesmiddelen. We spreken dan van een 'onbeantwoorde medische behoefte' (unmet medical need). Sinds 2007 bestaat er in ons land al een juridisch kader dat toelaat om geneesmiddelen aan te bieden zonder vergunning om ze in de handel te brengen of zonder dat ze op de markt komen voor de gekozen indicatie. We spreken dan van 'compassionate use' programma's of 'medical need' programma's. De nood blijft echter groot omdat slechts een klein aantal patiënten

een beroep kan doen op die programma's. Verschillende landen werken daarom met experimentele procedures om de voorschrijvers meer rechtszekerheid te bieden en de termijnen zonder vorm van terugbetaling in te korten. Denk maar aan de Franse ATU's (autorisation temporaire d'utilisation).

En in België?

Ook in België zit zo'n versnelde procedure in de pijplijn. In september stond deze kwestie op de agenda van de Ministerraad en wellicht zal de nieuwe regeling

het licht zien rond de jaarwisseling. **Belangrijk:** deze procedure is uitsluitend bedoeld voor ernstige, levensbedreigende ziektes waarvoor geen alternatieve behandeling bestaat en voor wie de gewone procedures te sterk achterlopen op de nieuwe behandelingsinzichten. Er is dan ook geen weerslag op de gewone terugbetalingsprocedures en -termijnen. De grootste uitdaging zal er vooral in bestaan om dit complexe systeem administratief en economisch beheersbaar te houden en te vermijden dat het zou botsen met de reguliere procedures.

Enkele sleutelementen

De technische uitwerking van deze versnelde procedure verloopt via het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF). In dat fonds bestaat een rubriek 'innoverende technieken', maar geneesmiddelen horen daar niet bij. Daar komt verandering in via een specifiek artikel. Daarnaast komt er ook een specifieke Commissie om cohortvoorstellen uit te werken, waaronder inclusie/exclusiecriteria, bedragen van de tegemoetkomingen, vereisten naar voorschrijver/centrum toe, termijnen voor aanvragen van in de handel brengen/terugbetaling, eventueel bijhouden van een register, ... In overleg met de dienst Begroting kan ook een contract

voor cost-containment worden voorgesteld.

Zowel farmaceutische firma's als de Minister van Volksgezondheid kunnen aanvragen indienen tot inschrijving op de lijst van onbeantwoorde medische behoeftes. Ze hebben daarvoor de tijd tot 15 mei en op 31 oktober stelt de Algemene Raad de definitieve lijst op voor het jaar erop. Ze houdt daarbij rekening met adviezen van de nieuwe Commissie en het College van Geneesheren-Directeurs (CGD). Ook de economische en medische impact speelt uiteraard een rol.

De uiteindelijke beslissing over een voorgesteld dossier ligt in de handen van het College van Geneesheren-Directeurs (CGD).

De aanvaarde cohortes worden daarna gepubliceerd op de site van het RIZIV. Eenmaal het dossier aanvaard is, hebben alle patiënten die binnen de criteria vallen recht op dezelfde terugbetalingsmodaliteiten. Valt een patiënt buiten de criteria? Dan is een individuele aanvraag bij het Bijzonder Solidariteitsfonds nog altijd mogelijk. Voor de financiering van het project is een apart budget van 3,5 miljoen euro voorzien, aangevuld met een (nog niet gepreciseerde) transfer van middelen van het BSF naar het geneesmiddelenbudget.



Chris Van Hul,

Expert bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Het debat moet verdergaan!

Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

Deze versnelde procedure voor onbeantwoorde medische behoeften is op zich een goede zaak, maar enkele kanttekeningen zijn toch aan de orde:

1. De formule blijft aanbod- en niet vraaggestuurd. Daarom is het noodzakelijk dat de procedure een groepering van de aanvragen oplegt. Zo kan er een planning gemaakt worden, kunnen aanvragen met elkaar vergeleken worden, kan een prioriteitenlijst worden vastgelegd, ...
2. Een beslissing mag geen bedreiging vormen voor de solidariteit door te dure tegemoetkomingen te aanvaarden. Er bestaan namelijk geen richtprijzen of maximumbedragen. Er zullen dus keuzes gemaakt moeten worden en hierover moet het maatschappelijke debat verder gevoerd worden.
3. De financiële inbreng van de farmaceutische industrie is beperkt. Een aantal geneesmiddelen die door de firma's gratis ter beschikking werden gesteld, zullen nu door het RIZIV gefinancierd worden. Een 'shared risk' zou daarom beter zijn. Bij een co-financiering door het RIZIV en de industrie groeit het beschikbare budget en kunnen deze financiële middelen gebruikt worden voor de echte innovatie.
4. De impact van deze versnelde procedure is

moeilijk in te schatten. Zullen lobbyisten of firma's in onderaanneming hier een nieuwe markt bespeuren? Volgens welke guidelines zullen firma's zich beroepen op een scenario van 'unmet medical needs'?, ...

5. Voor steeds meer geneesmiddelen en in steeds meer situaties komt de officiële prijs niet meer overeen met de reële kostprijs voor de ziekteverzekering. Ook bij de procedure rond de onbeantwoorde medische behoeften zal de terugbetalingsbasis losstaan van de 'etalageprijs'. Voor de betaalbaarheid van ons gezondheidssysteem is dit ongetwijfeld een goede zaak, maar gezondheidseconomen zullen met heimwee terugdenken aan de tijd dat ze met de prijs op het doosje ook de kost voor het RIZIV konden berekenen.

6. Voor het eerst zal de mogelijkheid van een 'verplichte dataregistratie' worden ingevoerd binnen het Bijzonder Solidariteitsfonds. Deze gegevens zullen zeer nuttig zijn bij de uiteindelijke beoordeling van het reguliere terugbetalingsdossier.



Alzheimer: nood aan een gerichte aanpak van het fenomeen!

De ziekte van Alzheimer is de meest verspreide vorm van dementie. Dit syndroom tast het geheugen aan, het redeneervermogen, het gedrag en het vermogen om bepaalde dagelijkse handelingen te stellen. In België zouden tussen de 100.000 en 130.000 mensen lijden aan de ziekte van Alzheimer. De Onafhankelijke ziekenfondsen hebben deze patiënten bestudeerd over een periode van zeven jaar.

Deze chronische ziekte is een ware gesel voor de volksgezondheid, zowel in termen van het aantal getroffen personen, als in termen van de rechtstreekse en onrechtstreekse kostprijs voor de gezondheidszorg en andere kosten. Het gaat meestal om bejaarden, hoewel de ziekte soms al voorkomt voor de leeftijd van 65 jaar.

Tijdens de periode 2006-2012 heeft de Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen de kenmerken en kosten voor het RIZIV onderzocht van het consumptiegedrag op vlak van geneeskundige verzorging van 14.855 leden die behandeld werden met een specifiek geneesmiddel tegen de ziekte van Alzheimer. De terugbetaling van dit geneesmiddel werd gebruikt als een factor voor het stellen van de diagnose (proxy) van de ziekte. Patiënten die geen behandeling kregen met geneesmiddelen, werden

dus niet opgenomen in de analyse.

De evolutie van de incidentie van de nieuwe behandelde gevallen van Alzheimer is interessant. We stellen namelijk een stijging vast van 2007 tot 2010, gevolgd door een daling in 2011, en vooral in 2012.

Bij gebrek aan epidemiologische of therapeutische redenen, identificeren we twee waarschijnlijke oorzaken:

- **In juni 2011:** wijziging van de terugbetalingsmodaliteiten van de specifieke geneesmiddelen voor de ziekte van Alzheimer: afschaffing van de terugbetaling voor patiënten met een ernstige vorm van Alzheimer.
- **In 2012:** versterkte controle van hoofdstuk IV in het kader van de besparingsmaatregelen, opgelegd door de regering.

Tabel 1

Algemene 'epidemiologische' kenmerken

		Alzheimerpatiënten overleden in het jaar	Incidentele gevallen	Prevalente patiënten in leven op het einde van het jaar	Prevalentie van de behandelde patiënten, per 100.000 leden	Incidentie behandelde patiënten, per 100.000 leden
Baseline populatie	2006	340	4520*	4180	214.4	
	2007	643	1790	5327	270.4	90.9
	2008	904	1766	6189	314.2	89.6
	2009	990	1806	7005	355.6	91.7
	2010	1165	1819	7659	388.8	92.3
	2011	1233	1727	8153	413.9	87.7
	2012	1397	1427	8183	415.4	72.4

* Het jaar 2006 was het jaar waarin we de initiële 'foto' genomen hebben van de bestudeerde populatie. De prevalentie en de incidentie gevallen mogen niet los van elkaar gezien worden.

Tabel 2

Verdeling van de individuen, naargelang ze al dan niet in een instelling verblijven en volgens hun behandeling

	opgenomen alzheimerpatiënt			thuiswonende alzheimerpatiënt		
	Stopzetting BEH tijdens het jaar	in behandeling	geen behandeling meer	Stopzetting BEH tijdens het jaar	in behandeling	geen behandeling meer
2006	310	1137		226	2507	
2007	385	1405	249	281	2872	135
2008	460	1633	454	311	3056	275
2009	493	1814	689	342	3262	404
2010	496	1965	915	396	3352	534
2011	626	1948	1118	452	3338	670
2012	1179	1241	1327	1021	2564	851
2007	19%	69%	12%	9%	87%	4%
2008	18%	64%	18%	9%	84%	8%
2009	16%	61%	23%	9%	81%	10%
2010	15%	58%	27%	9%	78%	12%
2011	17%	53%	30%	10%	75%	15%
2012	31%	33%	35%	23%	58%	19%

Wij hebben ook een gedetailleerde analyse gemaakt van de populatie, naargelang de patiënten (al dan niet) opgenomen zijn in een instelling en volgens hun behandeling. Dit om na te gaan of er verschillen waren tussen patiënten die thuis blijven wonen en patiënten in een instelling (tabel 2).

In 2007 werden nog 87,3% van de patiënten thuis en 68,9% van de patiënten opgenomen in een instelling (RVT/ROB) behandeld. In 2010 (het jaar voorafgaand aan de wijzigingen van de wetgeving en de controle), waren die percentages respectievelijk 78,3% en 58,2%. In 2012 bedroegen die percentages nog slechts 57,8% en 33,1%.

Als we de zaken globaler bekijken, dan kregen eind 2012, 3.805 van de 8.183 nog levende patiënten een behandeling (46,5%), terwijl het in 2010 nog ging om 5.317 op een totaal van 7.658 nog levende patiënten

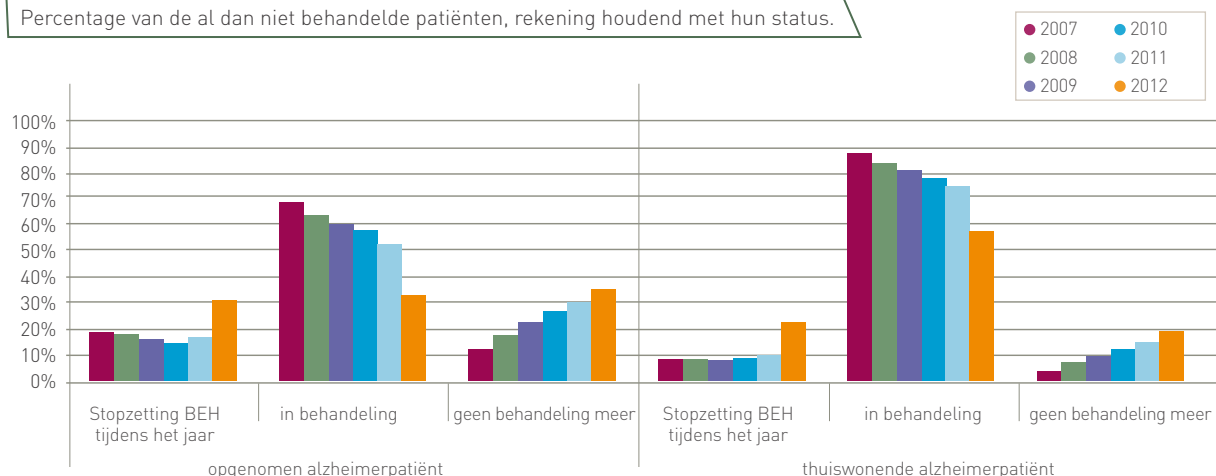
(69,4%) (grafiek 1).

De daling van het aantal behandelde patiënten is het gevolg van de daling van het aantal nieuw behandelde patiënten en van de stijging van het aantal stopzettingen van de behandeling in 2012.

Daarnaast hebben wij opgemerkt dat de gemiddelde leeftijd van de incidentele gevallen lijkt te stijgen (+1 jaar bij de thuiswonende patiënten en +2 jaar in een instelling). Deze vaststelling is verbazend te noemen, want de deskundigen van de aandoening dringen net aan op een vroegtijdige diagnosestelling¹. Het is momenteel niet mogelijk om te genezen van de ziekte van Alzheimer. De beschikbare geneesmiddelen² beperken zich tot een behandeling van de symptomen, wat een langere autonomie van de patiënt en een minder zware last voor de omgeving kan toelaten.

Grafiek 1

Percentage van de al dan niet behandelde patiënten, rekening houdend met hun status.



1 M. Prince, R. Bryce and C. Ferri, Alzheimer's Disease International, World Alzheimer Report 2011, The benefits of early diagnosis and intervention. www.alz.co.uk/worldreport2011

2 Donepezil, Rivastigmine, galantamine en memantine

Tabel 3

Jaarlijkse consumptie en kostprijs per jaar van de geneesmiddelen tegen Alzheimer.

		DDD's per individu/jaar	Gemiddelde uitgaven voor geneesmiddelen tegen Alzheimer
Thuiswonende alzheimerpatiënt	2006	277	689,53€
	2007	335	824,92€
	2008	342	836,79€
	2009	334	823,23€
	2010	336	799,18€
	2011	348	805,85€
	2012	366	675,95€
Opgenomen alzheimerpatiënt	2006	275	712,82€
	2007	335	841,29€
	2008	342	855,65€
	2009	344	847,57€
	2010	336	805,34€
	2011	350	822,76€
	2012	375	723,99€

De therapietrouw van de behandeling

Voor de analyse van de consumptie van de geneesmiddelen, hebben we ons gebaseerd op de DDD (Defined Daily Dose of dagelijkse dosis, aanbevolen door de WGO voor elke molecule, bij toediening aan een individu die 70 kg weegt, volgens de primaire indicatie van het geneesmiddel).

Tabel 3 geeft het aantal DDD's weer dat een individu zou geslikt hebben, op basis van de terugbetaalde verpakkingen.

De therapietrouw is zeer groot bij alzheimerpatiënten (> 90%). We stellen namelijk vast dat de gemiddelde consumptie, per individu, bijna gelijk is aan 365 dagen per jaar. De patiënten lijken dus behandeld te worden zoals het hoort. Een mogelijke verklaring hiervoor is het feit dat die specifieke geneesmiddelen alleen voorgeschreven mogen worden, als men zeker weet dat iemand uit de omgeving zal controleren of de patiënt zijn geneesmiddelen wel degelijk slikt³.

Hoeveel betaalt het RIZIV voor een alzheimerpatiënt?

Uit de uitgaven voor geneesmiddelen tegen Alzheimer blijkt dat de jaarlijkse kostprijs van de behandeling in 2012 stabiliseert rond een gemiddeld bedrag van ongeveer 700 €. Dankzij de generische geneesmiddelen en de grote verpakkingen, ging de kostprijs van de behandeling in de laatste jaren naar beneden (tabel 3).

Wij hebben overigens ook informatie verzameld in verband met de terugbetaling van alle geneeskundige verstrekkingen voor leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, die behandeld worden tegen Alzheimer. De tweede grafiek bevat voor de twee groepen van onze analyse (de patiënten die thuis verzorgd worden en de patiënten in een instelling):

- de gemiddelde uitgaven voor geneeskundige verzorging voor het geheel van de terugbetaal-

bare verstrekkingen (artsen, ziekenhuisopnames, technische onderzoeken, forfait voor rusthuizen, verpleegkundigen die aan thuiszorg doen, ...) (in het rood)

- de gemiddelde uitgaven voor het geheel van de geneesmiddelen (in het groen)
- de gemiddelde uitgaven voor geneesmiddelen die specifiek bedoeld zijn voor de ziekte van Alzheimer (in het paars)
- de blauwe lijn vertegenwoordigt het aantal patiënten in elk jaar.

Een alzheimerpatiënt in een instelling blijkt gemiddeld drie keer meer te kosten aan het RIZIV dan een thuiswonende alzheimerpatiënt. Deze vaststelling geldt voor alle bestudeerde jaren. Het vastgestelde leeftijdsverschil (4-5 jaar) tussen de thuiswonende patiënten en de patiënten in een instelling, zou dat kostenverschil deels kunnen verklaren.

In 2012 bedroeg de globale gemiddelde RIZIV-uitgave, per patiënt, 18.000 € per jaar in een instelling en 6.000 € thuis. Tussen 2006 en 2012 is die kostprijs gestegen met 4.500 € per persoon in een instelling tegenover 1.500 € thuis. Ondanks deze vaststelling die pleit voor thuiszorg, blijken alzheimerpatiënten steeds vaker in een instelling te verblijven: in 2006 was dat nog 41% van de patiënten, in 2012 bleek het om 50% te gaan (een stijging met 9%).

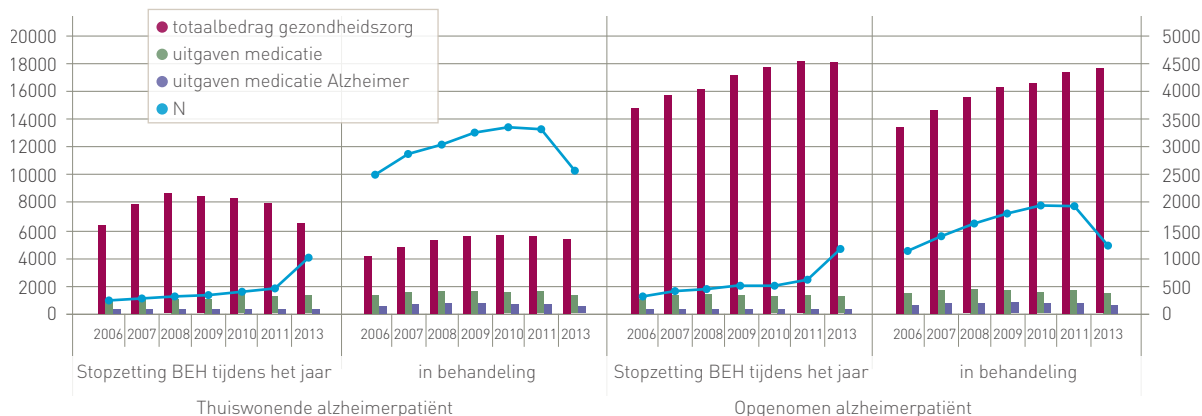
Deze vaststelling botst met de gegevens van de Koning Boudewijnstichting, die het aantal patiënten in een instelling raamt op 30%. Dit verschil kan te verklaren zijn door de manier waarop de populatie geselecteerd werd voor onze studie.

Wij stellen tevens vast dat de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging van thuiswonende patiënten mettertijd stabiliseren, terwijl ze elk jaar stijgen bij patiënten die in een instelling verblijven. De voornaamste trigger voor dergelijke kosten in de instellingen, blijkt de toekenning te zijn van vaste bedragen aan de RVT/ROB's. Alle andere kosten (raadplegingen, ziekenhuisopnames, technische on-

3. Cf. Gebruiksaanwijzing en SKP (samenvatting en kenmerken van het product) op www.fagg.be

Grafiek 2

De gemiddelde uitgaven van het RIZIV voor patiënten die een behandeling krijgen tegen Alzheimer



derzoeken,...) stijgen ook, maar in mindere mate. Ze zijn bovendien vergelijkbaar, zowel bij thuiszorg als bij een opname in een instelling.

De totale kostprijs van de geneeskundige verzorging voor thuiswonende alzheimerpatiënten voor het RIZIV, is overigens lager bij patiënten die behandeld worden met geneesmiddelen dan bij patiënten waarbij de behandeling stopgezet werd (verschil van 20% in 2012). Er zijn meerdere hypotheses die een verklaring kunnen bieden voor die vaststelling:

- de geneesmiddelen hebben wel degelijk een effect;
- of men behandelt slechts de lichtere stadia (de kostprijs stijgt, naarmate de ziekte erger wordt);

- of de behandeling wordt stopgezet vanwege andere medische problemen of een verergering van de ziekte van Alzheimer, wat zou kunnen verklaren dat de medische kosten hoger zijn bij patiënten waarbij de behandeling stopgezet wordt in de loop van het jaar.

De gemiddelde uitgaven voor het geheel van de terugbetaalbare geneesmiddelen zijn stabiel in de tijd en vergelijkbaar van groep tot groep. Er is geen merkbaar verschil tussen de patiënten die thuis behandeld worden en de patiënten die behandeld worden in een instelling.



Rudy Van Tienen en Dr. Ingrid Umbach

Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Thuisverzorging bevorderen en de mantelzorgers ondersteunen



Uit de studie blijkt dat de RIZIV-uitgaven voor thuiswonende alzheimerpatiënten 3 keer lager zijn dan die voor alzheimerpatiënten die in een instelling verblijven. Het is dan ook logisch om te pleiten voor thuisverzorging, wanneer dat mogelijk is. In dat kader is het belangrijk om een optimale ondersteuning te bieden aan de mantelzorgers, om de zware last van de ziekte te verlichten (in alle betekenissen van het woord). Het is dus nodig om de politieke wil (zowel regionaal als nationaal), ertoe aan te sporen om de koe bij de hoorns te vatten. Op korte termijn hebben de getroffen maatregelen in 2011 en 2012 (beperking van de terugbetaling van het geneesmiddel en versterkte controle van hoofdstuk IV) het namelijk al mogelijk gemaakt om vrij aanzienlijke bedragen, helaas virtueel, vrij te maken (wij hebben die geraamd op 5 miljoen euro).

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn tevens voorstander van:

- de ontwikkeling en financiering van initiatieven ten gunste van de mantelzorgers (zoals respijtzorg en psycho-educatie) die de thuisverzorging kunnen bevorderen;
- de bevordering van een vroegtijdige diagnose en de sensibilisering van de eerste lijn over deze problematiek;
- het tot stand brengen van een gespecialiseerde en multidisciplinaire omkadering (zowel psychologisch, medisch als sociaal) voor de zieke en zijn mantelzorgers, zodra de diagnose gesteld is;
- de ontwikkeling van betaalbare instellingen, die speciaal bedoeld zijn voor de optimale verzorging van alzheimerpatiënten;
- de invoering van een nationaal (of anders gewestelijk) epidemiologisch register van de patiënten, zodat het aanbod aan specifieke verzorging gepland en verfijnd kan worden;
- de gerealiseerde besparingen in het kader van de terugbetaling van de geneesmiddelen, moeten aangewend worden voor de behandeling van de ziekte van Alzheimer, en alleen daarvoor.



Is Europa er klaar voor?

25 oktober 2013, dat was de deadline voor de omzetting van een nieuwe Europese richtlijn met regels voor wie zich wil laten behandelen in een andere lidstaat. Europese experts kwamen in Brussel samen om dit dossier te bespreken. En België bleek het daarbij verre van slecht te doen!

De Onafhankelijke Ziekenfondsen en de Association Internationale de la Mutualité (AIM) organiseerden op 17 september 2013 een internationale workshop rond de omzetting van de Europese richtlijn voor grensoverschrijdende gezondheidszorg. 63 deelnemers uit 13 verschillende Europese lidstaten, waaronder vertegenwoordigers van de Europese Commissie en het RIZIV, wisselden die dag hun ervaringen uit over dit thema.

Grote verschillen

De Europese richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg moet niet enkel de regels verduidelijken voor de patiënten die zich in een andere lidstaat willen laten verzorgen, maar ook de Europese lidstaten aansporen om beter samen te werken. De omzetting ervan is geen evidente klus. Er zijn grote verschillen in de aanpak van de lidstaten. Tsjechië heeft bijvoorbeeld als één van de weinige lidstaten beslist om geen procedure van voorafgaande toestemming van het ziekenfonds voor een behandeling in het buitenland in te voeren, iets wat België wel doet. Volgens het RIZIV is het op elkaar afstemmen van de verschillende wetteksten inzake grensoverschrijdende verzorging (Europese verordening, Europese richtlijn, Belgische wetgeving) de

grootste uitdaging. De besprekingen van de instructies voor de Belgische ziekenfondsen over de terugbetalingen en voorafgaandelijke toestemmingen resulteerden in enkele wetswijzigingen en een omzendbrief van meer dan 70 bladzijden.

Voorals Kroatië heeft nog een lange weg af te leggen. Voor de Kroaten betekent de verplichting om medische verzorging in private ziekenhuizen terug te betalen een ware aardverschuiving. Voorheen betaalden ze namelijk enkel verzorging bij publieke verstrekkers terug.

Uitdagingen

Tijdens de workshop was iedereen het erover eens dat het goed informeren van de burgers één van de grootste uitdagingen wordt. Het risico bestaat namelijk dat er verkondigd wordt dat er voor de Europese patiënt geen grenzen meer bestaan. Niets is echter minder waar. Niet enkel de overheden (via de nationale contactpunten), maar ook de ziekenfondsen zullen de verzekerden dus goed moeten verduidelijken dat er enkele risico's bestaan.

De Europese Commissie liet weten te beseffen dat de richtlijn heel wat uitdagingen inhoudt voor de lidstaten. Ze kondigde daarnaast ook aan dat ze op basis van het Verdrag van Lissabon de lidstaten

zal controleren, en procedures van ingebrekestelling zal opstarten tegen lidstaten die niet klaar zouden zijn met de omzetting van de richtlijn.

Nog werk aan de winkel

De oprichting van de Europese referentienetwerken bleek een moeilijke opdracht. De voorwaarden die de Europese Commissie ontwikkelde voor deelnemende ziekenhuizen waren namelijk zwaar en veeleisend op administratief vlak. Experts vroegen zich af of de ziekenhuizen nog wel geïnteresseerd zullen zijn om in een dergelijk referentienetwerk te stappen. Door de grote diversiteit aan voorschriften vormt de wederzijdse erkenning ervan een hele uitdaging en bovendien is het ook niet duidelijk hoe alle apothekers en voorschrijvers ingelicht zullen worden over deze veranderingen. Daarnaast is de oprichting van een Europees netwerk voor Health Technology Assessment (HTA) een kans voor de ziekenfondsen om hierbij meer betrokken te worden. Kortom, nog meer dan voldoende TO DO's voor iedereen. Het is nu vooral in spanning afwachten hoe de Europese Commissie de lidstaten zal beoordelen in de komende maanden.

Christian Horemans

Expert Internationale Zaken bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Een week die 100% gericht is op herbronning

Kanker eindigt niet na de behandeling: de gevolgen van de ziekte en de behandeling zijn nog een tijdje voelbaar. Het dagelijkse en het relationele leven staan nog op losse schroeven en de herstellende personen hebben nood aan omkadering en begeleiding om een zekere levenskwaliteit terug te vinden. Daarom zijn de Onafhankelijke Ziekenfondsen met de gezondheidsweken gestart. Deze gaan door in het verfrissende kader van Dunepanne, ons zorgcentrum in De Haan. Op het programma staan 5 dagen van groepsateliers, individuele welzijnsmomenten en 2 rustdagen in het centrum. De weken zijn bedoeld voor personen die hun behandeling minstens een maand achter de rug hebben. In 2014 zullen de weken plaatsvinden van 10 tot 17 maart en van 3 tot 10 november. **Meer info: gezondheidspromotie@mloz.be**

Een interactief spel over voeding



Dustin Tieser is een superster, maar dan wel eentje met slechte gewoontes. Hij eet nooit op vaste uren, snoept veel tussen de maaltijden door en gaat 's avonds laat na zijn concerten regelmatig naar de frituur. De laatste tijd voelt hij zich futloos, hij is wat bijgekomen en hij kan zijn dansers op het podium nauwelijks nog bijhouden. Zijn persoonlijke chef-kok Marcel staat voor een ware uitdaging en heeft hulp nodig bij het samenstellen van gezonde maaltijden om Dustin Tieser weer in vorm te krijgen. Dat is het opzet van 'Fit-o-Eter'. Dit spel rond evenwichtige voeding en lichaamsbeweging werd ontwikkeld door de Onafhankelijke Ziekenfondsen om kinderen bewust te maken van het belang van gezonde voeding en fysieke activiteit. De leerlingen van de klas, opgedeeld in groepjes van vijf, spelen de rol van hulp-chef en proberen voor de jonge zanger een evenwichtig en gezond menu samen te stellen op basis van de principes van de voedingspiramide. 'Fit-o-Eter' is bedoeld voor kinderen van 8 tot 12 jaar.

Leerkrachten, opvoeders of animatoren kunnen het bestellen bij de dienst gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op het nummer 02 778 93 05 of via gezondheidspromotie@mloz.be.

Een dag om op adem te komen voor kankerpatiënten

De Verwendag voor kankerpatiënten, dat zijn drie ateliers: één om te herbronnen, één om zichzelf opnieuw te ontdekken en een om de smaakpapillen in de watten te leggen. En dit alles in een kwaliteitsvol wellnesscentrum. Het concept van de Verwendag werd in het leven geroepen door de dienst Gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor personen met kanker die in behandeling zijn of herstellen van de ziekte. De ateliers zullen plaatsvinden in wellnesscentra in Leuven (28 maart 2014), Gent (25 april) en Lier (16 juni), onder de deskundige begeleiding van 2 therapeutes. **Voor meer info en inschrijvingen: gezondheidspromotie@mloz.be**

Hulpmiddelen om geestelijke problemen bij jongeren aan te pakken

- De brochure '**Het gedrag van mijn tiener: normaal of verontrustend?**' richt zich op de ouders of de omgeving van adolescenten en biedt inzicht in wat jongeren tijdens deze cruciale periode in hun leven doormaken. U vindt er ook een lijst terug met mogelijke alarmsignalen die u kunnen helpen om de situatie in te schatten, de meest voorkomende aandoeningen en enkele tips om er op de juiste manier mee om te gaan.



Daarnaast is deze brochure ook bedoeld als 'brug' tussen de ouders en de specialisten, voorzieningen en verenigingen die uw kind bij zijn zoektocht kunnen helpen. Op het einde vindt u daarom een lijst met tal van nuttige adressen!

U kunt de brochure bestellen of downloaden op www.mloz.be

- De aanpak van depressie bij jongeren in ons land is niet optimaal. Dat blijkt uit een **studie over de consumptie van antidepressiva bij jongeren**, uitgevoerd door de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Zo blijkt onder andere dat slechts 1 op de 10 jongeren die antidepressiva slikt ook effectief opgevolgd wordt door een psychotherapeut. Nochtans wordt bij 12- tot 18-jarigen in de eerste plaats een behandeling met psychotherapie aanbevolen, eventueel in combinatie met antidepressiva bij een zware depressie.

U kunt de studie downloaden op www.mloz.be



Symposium Onafhankelijke Ziekenfondsen

Meer vrouwelijke waarden in de zorg: een meerwaarde voor de patiënt?

Na een eerste succesvol symposium in 2012 over dit onderwerp, vroegen de Onafhankelijke Ziekenfondsen zich dit jaar vooral af of de genderkwestie in de geneeskunde een invloed heeft op de relatie patiënt-arts. Vier sprekers kwamen hun standpunt ter zake toelichten. Een samenvatting van hun uitleg en enkele sfeerbeelden van het evenement.

Een vrouwelijke of een mannelijke arts: niet onbelangrijk in de ogen van de patiënt!

Het symposium werd ingeleid door Xavier Brenez, directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Hij lichtte de voornaamste resultaten toe van een enquête die de Onafhankelijke Ziekenfondsen georganiseerd hebben over de perceptie van de feminisering in België. Uit deze enquête blijkt immers dat 30% van de Belgen duidelijk de voorkeur geeft aan ofwel een mannelijke arts, ofwel een vrouwelijke arts. Xavier Brenez stond ook stil bij de voordelen die geciteerd werden door de respondenten: 57% is van oordeel dat de feminisering bevorderlijk is voor de gelijkheid tussen mannen en vrouwen, 23% vindt dat vrouwelijke artsen een beter contact hebben met kinderen en 19% verwijst naar een 'vermenselijking' van de geneeskunde.

Groeten uit Genève

Helemaal live aanwezig zijn, lukte haar jammer genoeg niet. Maar omdat ze toch haar bijdrage wou leveren aan het symposium, sprak Marleen Temmerman, directeur bij de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in Genève, het publiek toe via een videoboodschap. "Vrouwen hebben een lange weg afgelegd in de geneeskunde. Toen ik studeerde, waren we met 10% vrouwelijke studenten, ondertussen zijn er dat 74% geworden", aldus Temmer-

man. "Men is zich anders gaan organiseren, maar niet alleen voor de vrouwen. Ook mannelijke artsen vinden het steeds belangrijker om naast hun werk nog wat tijd over hebben." En dat komt volgens Temmerman de mens, het gezin én de maatschappij ten goede.

Genderkwesties in de geneeskunde

Gaëtan Cousin, doctor in de psychologie aan de universiteit van Oxford (Groot-Brittannië) vroeg zich vervolgens af of er dan echt een probleem was met die genderkwestie? Dr. Cousin bestudeerde tijdens zijn onderzoekswerk de impact van het geslacht van de arts en van dit van de patiënt. Hij bestudeerde ook de interacties tussen die twee. Uit zijn uiteenzetting bleek niet alleen dat vrouwelijke artsen meer informatie van psychologische en sociale aard meegeven aan hun patiënten, maar ook dat mannelijke patiënten met minder empathie bejegend worden, ongeacht het geslacht van de arts. Volgens Gaëtan Cousin, "moeten we beseffen dat de stereotypen en verwachtingen die verbonden worden met elk geslacht, ook nu nog een rol spelen in de relatie tussen arts en patiënt. Dat is nodig, als we willen dat de maatschappij evolueert".

Het standpunt van de patiënten

De mening van de patiënten was natuurlijk eveneens een hot item

tijdens dit symposium. Micky Fierens, Directrice van de Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS), werd uitgenodigd om dit te bespreken. Zij verwees naar de criteria die gewoonlijk ingeroepen worden door de patiënten als zijnde belangrijk voor het maken van hun keuze. Zij vestigde er vooral de aandacht op dat de patiënten het belangrijk vinden om begeleid te worden tijdens hun gezondheidstraject (niet enkel als ze ziek zijn).

Genderonafhankelijke waarden

Tot slot nam Birgitte Schoenmakers het woord. Zij is professor aan de faculteit huisartsgeneeskunde van de Katholieke Universiteit Leuven. Zij relativeerde enigszins de genderafhankelijke waarden in de geneeskunde. "Empathie en luisterbereidheid zijn waarden die ik aan elk van mijn studenten doorgeef. Van een huisarts die dezer dagen afstudeert, worden deze zaken nu eenmaal verwacht, ongeacht of het een man of een vrouw is." Wel ziet Schoenmakers een verschuiving van een 'cure'-model naar een 'care'-model in de geneeskunde: "De nadruk ligt steeds meer op de zorg, maar dat is niet de verantwoordelijkheid van de vrouwelijke artsen. Die gedachte komt voort uit de evidentie dat vrouwen als zorgfiguur aanzien worden", besluit Schoenmakers.



Nathalie Renna
Hellen Smeets



Videoboodschap Dr Marleen Temmerman, directeur WHO



Xavier Brenez, directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



De sprekers



Gaëtan Cousin, doctor in de psychologie aan de universiteit van Oxford



Professor Birgitte Schoenmakers



Hanne Decoutere, moderatrice van het debat



Micky Fierens, directrice van het LUSS



Nicolas de Pape, hoofdredacteur van Journal du Médecin



Het publiek



Francis Bries, @dvice

Livres

Over het rijk van Morpheus...

Er worden talloze schapjes geteld in ons land. Maar hoe komt dat en welke verschillende slaapproblemen bestaan er zoal? Dit boek biedt een verhelderend overzicht van de fundamentele aspecten van slaap en de belangrijkste slaapproblemen. Zowel de (patho) fysiologie, de klinische benadering als de behandeling van die slaapproblemen komen daarbij uitgebreid aan bod. De auteurs richten zich in de eerste plaats tot professionals in de (slaap) geneeskunde, maar ook voor psychologen, wetenschappers en studenten is deze praktische gids bij de diagnose en behandeling van slaapproblemen allesbehalve slaapverwekkende lectuur.



Slaap en slaapproblemen,
Verbraecken Johan e.a., Acco, 2013,
744 blz., ISBN 978-90-334-8924-2

Poëzie als therapie

Psychotherapeuten horen dagelijks verhalen die aan de ribben blijven kleven. Verhalen over pijn en verdriet, over liefde en haat, over lijden en verlangen. Om zelf niet ten onder te gaan aan al die emoties, kiezen vele therapeuten voor de therapie van de poëzie. Ze noteren zinnen die hen raken en beroeren, woorden die hun gedachten uitpuren tot de essentie. 'Spiegelingen' is een fraaie verzameling van dergelijke bespiegelende woorden over een brede waaier aan levensthema's die aan bod komen in de werkkamer van de therapeut. Leven, verbondenheid, verlies, opgroeien, ...: het komt allemaal aan bod. Gevonden vreten voor al wie houdt van woorden die de ziel zalven!



Spiegelingen: uit het notitieboekje van de therapeut,
Nicole Vliegen en Lieve Van Lier, Acco, 2013,
192 blz., ISBN 978-90-334-9175-7

Wat als... de klik uitblijft?

De slaagkansen van elke vorm van hulpverlening staan of vallen met de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt. Maar wat als de klik tussen die twee partijen uitblijft? In 'Verkeerd verbonden' verdiept de psychotherapeut Jan Jacobs zich in deze thematiek. Hij verkent de innerlijke wereld van de hulpverlener en toetst de theorie aan de praktijk met herkenbare voorbeelden van zowel positieve als negatieve ervaringen. Daarnaast reikt Jacobs ook concrete instrumenten en modellen aan waarmee hulpverleners zich in vraag kunnen stellen als ze niet op dezelfde golflengte zitten van hun patiënt. Kortom, essentieel leesvoer voor zowel beginnende als ervaren hulpverleners!



Verkeerd verbonden. Wat als het niet klikt tussen hulpverlener en cliënt,
Jan Jacobs, Acco, 2013,
80 blz., ISBN 978-90-334-9180-1

De toekomst van de ziekenhuiszorg

Hoewel ons land nog steeds prat mag gaan op een kwaliteitsvolle ziekenhuiszorg, mogen we allesbehalve op onze lauweren rusten. De snel toenemende vergrijzing brengt namelijk heel wat cruciale uitdagingen met zich mee: de explosie van chronische ziektes, de tendens naar hooggespecialiseerde zorg enz. Om hierop een antwoord te kunnen bieden, is een fundamentele hervorming van ons gezondheidssysteem dan ook aan de orde. Dit boek tekent alvast de krijtlijnen en randvoorwaarden uit van zo'n nieuw toekomstgericht zorgsysteem, met een bijzondere aandacht voor ziekenhuizen. Die zullen namelijk niet langer op zich staande instellingen kunnen zijn, maar een schakel in een keten van zorg waarin de patiënt centraal staat.



Together we care,
Johan Pauwels, Acco, 2013,
248 blz., ISBN 978-90-334-9312-6

Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals



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

www.mloz.be

**Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!
Surf naar www.mloz.be/abonnement**

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

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

Word Adviserend geneesheer

bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

Profiel

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

Takenpakket

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

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

Wat bieden we?

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

Interesse?

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

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

www.mloz.be