

# Health Forum

December 2014 · Nr. 20

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · - driemaandelijks

Verantw. uitg.: Xavier Brenz - Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen - Sint-Huibrechtsstraat 19 - 1150 Brussel - Health Forum, driemaandelijks (december - januari - februari) - Afgiftekantoor Brussel X - P911 186



## Hoe de fraude in de gezondheidszorg bestrijden?

# Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 6 ziekenfondsen:



## OZ

Boomsesteenweg 5  
2610 Antwerpen  
[www.oz.be](http://www.oz.be)



## Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43 | Verenigde-Natieslaan 1  
1040 Brussel | 9000 Gent  
[www.securex-ziekenfonds.be](http://www.securex-ziekenfonds.be)



## Partena Ziekenfonds

Sluisweg 2 bus 1  
9000 Gent  
[www.partena-ziekenfonds.be](http://www.partena-ziekenfonds.be)



## Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B  
4020 Liège  
[www.omnimut.be](http://www.omnimut.be)



## Partenamut

Mettewielaan 74/76  
1080 Brussel  
[www.partenamut.be](http://www.partenamut.be)



## Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2  
4760 Büllingen  
[www.freie.be](http://www.freie.be)

# Van ambitie... naar actie

Een nieuwe legislatuur brengt altijd een heleboel verwachtingen en vragen met zich mee. Bij de 'Zweedse' is dat niet anders. Een coalitieformule die voor België ongezien is, een oppositie die voor veel beroering zorgt en een ongunstige macro-economische context maken de uitdaging des te groter.

Wat mogen we verwachten van de federale regering wat de gezondheidszorg betreft? Minister Maggie De Block heeft de lat alvast vrij hoog gelegd met een omvangrijk programma waarin de bezorgdheden en voorstellen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen aangekaart worden. In eerste instantie is er de algemene aanpak van de legislatuur, met de wil om een stabiel budgettair kader over meerdere jaren te bepalen, het gezondheidsbeleid te vertalen naar concrete en meetbare doelstellingen, de actoren (waaronder de ziekenfondsen) meer en beter te responsabiliseren en beslissingen te nemen op basis van *evidence based medicine* en *best practices*.

Daarnaast zijn er de aangekondigde veranderingen op vlak van de organisatie van verzorging voor chronisch zieken, geestelijke gezondheid, verzorging in het ziekenhuis en arbeidsongeschiktheid. Ten slotte ligt de klemtoon ook op meerdere Loch Nessmonsters: de herziening van de nomenclatuur, de modernisering van het overleg, de informatisering van onze sector en de administratieve vereenvoudiging.

Een mooi programma dus! *But the proof of the pudding is in the eating...* Een van de uitdagingen van deze legislatuur zal zijn om al de aangekondigde initiatieven, die

we ondertussen wel kennen, ook effectief en volgens een bepaalde methode in de praktijk te brengen. Een toverrecept bestaat er niet, al schuilt het geheim wellicht in een subtiel evenwicht tussen leadership en overleg en het vermijden van de hinderlagen die sowieso zullen opduiken: het liberale dogmatisme, de apathie als het op verandering aankomt en de verleiding van het kortetermijndenken onder druk van de budgettaire verplichtingen. En we hebben er al een voorsmaakje van gehad, dus we mogen het zeker niet vergeten: de kans bestaat dat een nutteloze politieke oppositie uitdraait op een federaal-regionaal conflict dat al even nutteloos is. En dat terwijl er voor de institutionele 'lasagne', waar de 6e Staatshervorming nog enkele lagen bijgelapt heeft, net méér samengewerkt moet worden tussen de verschillende machtsniveaus om een coherent en gecoördineerd gezondheidsbeleid te kunnen garanderen. We mogen ook zeker de gevolgen voor de

We moeten enkele hinderlagen vermijden: het liberale dogmatisme, de apathie als het op verandering aankomt en de verleiding van het kortetermijndenken onder druk van de budgettaire verplichtingen.

patiënt niet uit het oog verliezen. Uiteraard is het de bedoeling om zijn belangen te verdedigen, maar veranderingen hebben nu eenmaal vaak onrechtstreekse (en soms ongewenste) gevolgen voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de verzorging.

**Xavier Brenez**

**Directeur-generaal**

van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



## Hoofdredactrice

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

## Eindredactie

Steven Vervaeke en Hellen Smeets

## Redactiecomité

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

## Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

## Foto's

Reporters & Shutterstock

## Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

## Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

## Health Forum

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

**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](mailto:health-forum@mloz.be)



**Volg ons op Twitter!**  
[@Onafh\\_zf](https://twitter.com/Onafh_zf)

# Inhoud

Nr. 20 December 2014

## 3 Edito

## 5 Wist u?

## 6 Dossier

Hoe de fraude in de gezondheidszorg bestrijden?

## 16 Forum Zorgverstrekkers

Keizersneden zonder medische reden: onverantwoord of niet?

Gezondheidsbeleid: de krachtlijnen per regio!

Alcoholconsumptie: welke rol voor de eerste lijn?

## 22 Studies

Patiënten-educatie bij (pre) diabetes: een noodzakelijke investering

Hypertensie & therapietrouw: alles kan beter

Hospitalisatiekosten: tools voor de patiënt

## 32 Gezondheidspromotie

Mentale gezondheid bij kinderen: spelboekje voor meer zelfvertrouwen

## 33 Partnership

Een toegankelijke tandzorg, ook voor de meest kwetsbare groepen

## 34 Kiosk

www.mloz.be

### Dossier

#### Hoe de fraude in de gezondheidszorg bestrijden?

De druk op het budget voor de gezondheidszorg heeft de bevoegde overheden ertoe aangezet om van de strijd tegen fraude een van hun prioriteiten te maken. Welke vormen van fraude en welke vergissingen komen het vaakst voor bij sociaal verzekerden en zorgverleners? Hoe en door wie worden ze opgespoord? En welke rol spelen de ziekenfondsen daarbij? Wat zijn de prioriteiten voor Europa? Een doorwrocht dossier dat een heldere kijk biedt op deze controversiële vragen. Met een interview met Bernard Hepp, geneesheer – directeur generaal van het RIZIV.



6

### Debat

#### Keizersneden zonder medische reden: onverantwoord of niet?

Vorig jaar overschreed het aantal keizersneden in Vlaanderen de symbolische kaap van 20%. Die stijging gaat gepaard met een nieuwe trend: de keizersnede op verzoek zonder medische reden. Maar is dat wel verantwoord? Een debat tussen Ronny Goethals, afdelingshoofd gynaecologie en adjunct-medisch directeur van het AZ Maria Middelaars in Gent, en Ann Ceuppens, Expert Geneesheer van de Onafhankelijke Ziekenfondsen!



16

### Studie

#### Patiënten-educatie bij (pre)diabetes: een noodzakelijke investering

Bij mensen met prediabetes kan therapeutische patiënten-educatie de kans op het ontwikkelen van diabetes type 2 verkleinen met 51 tot 58%. Maar zijn dergelijke begeleidingsprogramma's wel kosteneffectief op lange termijn? En kan onze gezondheidszorg zich zo'n investering veroorloven? De Onafhankelijke Ziekenfondsen zochten het uit in een nieuwe vergelijkende studie!



22

## 70.000

personen in België lijden aan een autismespectrumstoornis, waarvan vier keer meer jongens dan meisjes.

KCE

## Je verloren gezonde levensjaren berekenen in cm

Door je buikomvang met 10% te verminderen win je drie jaar aan gezond leven. Het is een van de aanbevelingen die uit de bus gekomen is na de enquête door het departement huisartsengeneeskunde van de VUB tijdens het Voedingssalon. De berekening van de VUB is gebaseerd op het verband tussen de grootte van het lichaam en de buikomvang. Die verhouding blijkt meer te zeggen dan de Body Mass Index waarbij geen rekening gehouden wordt met je spiermassa. Van de 720 personen die deelnamen aan de enquête, waren de mannen gemiddeld 175 cm groot en hadden ze een buikomtrek van 99 cm. Volgens de onderzoekers zou iemand dus drie gezonde levensjaren kunnen winnen door zijn buikomtrek te verminderen met 10%.

[www.vub.ac.be](http://www.vub.ac.be)

## Aangepaste logo's om opsporing in de kijker te zetten



Als vrouwen hun borsten evenveel in het oog zouden houden als hun sociale media, dan zouden heel wat kankers

veel sneller opgespoord kunnen worden. Dat is de boodschap van een sensibiliseringscampagne van de Stichting Tegen Kanker van Singapore, waarbij de logo's van populaire sociale netwerken een toffe kwinkslag kregen. "Met de tijd die je doorbrengt op het net, kan je gemakkelijk bij jezelf een borstonderzoek doen." Dat is de slogan van de campagne. Op de site staat ook een link met meer uitleg over hoe je precies te werk moet gaan.

[www.bcf.org.sg](http://www.bcf.org.sg)

## 20,8

Op 1.000 opnames werden 20,8 gevallen van staphylococcus vastgesteld in de Belgische ziekenhuizen in 2012.

Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid

## 3D-technologie: gevolgen voor de ogen van onze kinderen?



3D is populair: in de cinema, op tv, op computerspelletjes of op onze smartphone. Er zijn vandaag tal van opties. Maar is 3D ook veilig? Anses onderzocht wat de impact van een lange blootstelling aan deze tools zou kunnen zijn op onze gezondheid en meer bepaald op ons zicht. In een recente studie raadt het agentschap aan **om kinderen onder de 6 jaar er niet aan bloot te stellen** (hun visueel systeem is nog onrijp) en bij kinderen onder de 13 jaar de blootstelling eraan te beperken.

Het Franse agentschap geeft ook aanbevelingen om de risico's op vermoeide ogen te beperken. Verder onderzoek is volgens hen zeker nodig.

[www.anses.fr](http://www.anses.fr)



Dossier

# Hoe de fraude in de gezondheidszorg bestrijden?

|                                                                     |      |
|---------------------------------------------------------------------|------|
| Vergissingen en fraude in de gezondheidszorg: haalbare besparingen? | p.7  |
| 5 middelen om fraude te bestrijden                                  | p.11 |
| Interview met Bernard Hepp: "Misbruik aanpakken bij de wortel!"     | p.12 |
| De Europese strijd tegen fraude in de gezondheidszorg               | p.14 |

## Vergissingen en fraude in de gezondheidszorg: haalbare besparingen?

**De druk op het budget voor de gezondheidszorg neemt jaar na jaar toe. Die vaststelling, gecombineerd met meerdere fraudezaken, hebben de bevoegde overheden ertoe aangezet om van de strijd tegen fraude een van hun prioriteiten te maken. Welke vormen van fraude en welke vergissingen komen het vaakst voor bij sociaal verzekerden en zorgverleners? Hoe en door wie worden ze opgespoord? En welke rol spelen de ziekenfondsen daarbij?**

Het is moeilijk om sociale fraude in de ziekteverzekering te omschrijven. Het begrip wordt namelijk niet nauwkeurig afgebakend in de Belgische wetgeving. De reglementering omschrijft daarentegen wel duidelijk wat als een misdrijf wordt beschouwd, zowel door de verzekerden als de zorgverleners. Het RIZIV definieert sociale fraude dus als een opzettelijke inbreuk op de sociale wetgeving. "Fraude is een handeling die wordt gesteld met gebruikmaking van laakbare middelen, met de bedoeling een toestemming te verkrijgen, zich een onrechtmatig materieel of moreel voordeel toe te eigenen of die wordt gesteld met de bedoeling de toepassing van de wetten te ontduiken." **Het is wel degelijk het opzettelijke karakter dat bepaalt of de handeling al dan niet als fraude kan worden bestempeld.** Dat impliceert dat er zich tal van foutieve situaties kunnen voordoen, waarbij geen sprake is van bewust bedrog. Denk maar aan een arts die verloren loopt in het doolhof van de nomenclatuur en verkeerd factureert, of een verzekerde die niet op de hoogte is van de nodige stappen bij een werkhervatting na een periode van arbeidsongeschiktheid.

We spreken trouwens over 'witte fraude' als het gaat over verboden cumuls tussen de verstrekkingen die toegekend worden door de ziekteverzekering en andere inkomsten. Opgelet: deze benaming impliceert niet dat de verzekerde met opzet bedrog heeft willen plegen!

Ook Bernard Landtmeters, Geneesheer-directeur bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, legt de nodige behoedzaamheid aan de dag bij de interpretatie. "We moeten voorzichtig zijn bij het gebruik van het begrip 'fraude'. Niet elke inbreuk die gepleegd wordt door een zorgverlener of verzekerde mag zomaar als fraude worden bestempeld. Van fraude kan pas sprake

zijn bij opzettelijk bedrog, én als de handelingen zich herhaaldelijk voorgedaan hebben of gedurende een lange periode. Het is niet altijd makkelijk om het onderscheid te maken tussen een vergissing bij de facturering en een vermoeden van fraude."

### De controletoeren

Het RIZIV is het zenuwcentrum van de strijd tegen fraude in de ziekteverzekering, volgens de actieplannen van de regering en de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) die de strijd aanbindt met sociale fraude. De eerste krijtlijn van het beheerscontract van het RIZIV voor de periode 2013-2015 is 'de ontwikkeling van de vereiste informatie en middelen voor de beheersing van de uitgaven voor verstrekkingen uit de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen'. De strijd tegen fraude maakt dus deel uit van de middelen die nodig zijn om deze

strategische opdracht van de beheersing van de uitgaven te vervullen. Twee diensten van het RIZIV verdelen de taken onder elkaar. De **Dienst voor Administratieve Controle** (DAC) ziet o.a. toe op de juiste en uniforme toepassing van de reglementering betreffende de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen, en controleert het optimale gebruik van de financiële middelen. De DAC houdt vooral met argusogen in de gaten wat de verzekeringsinstellingen en de sociaal verzekerden doen.

De **Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle** (DGEC) evalueert en controleert de voorgeschreven of toegediende verstrekkingen uit de ziekteverzekering, en ziet toe op de uitvoering van de beslissingen van het gerecht in fraudedossiers. Het kan gaan om dossiers over zorgverleners, beheerders van verzorgingsinstellingen, verzekeringsinstellingen én sociaal verzekerden.

**In 2012 werden 814 individuele onderzoeken afgerond, voor vaststellingen ter waarde van 11,8 miljoen euro.**

RIZIV



Een van de grootste fraudezaken van de laatste jaren vond plaats in een laboratorium voor biologisch onderzoek.

De beide controlediensten beschikken over allerlei bronnen om fraudegevallen op te sporen: verklaring, vergelijking van datastromen zoals de uitgaven in de ziekteverzekering met de RSZ-aangiftes, aanvragen voor een onderzoek van verzekeringsinstellingen of andere diensten van het RIZIV of de processen-verbaal van andere inspectiediensten. Wordt er fraude vastgesteld? Dan wordt de verzekerde of de zorgverlener gevraagd om uitleg te verschaffen. Bij verzekerden kunnen de vaststellingen aanleiding geven tot vragen om terugbetaling, bijkomende betalingen, sancties of de verplichting om bedragen recht te zetten. Aan zorgverleners kan, naargelang de vastgestelde inbreuk, een administratieve sanctie opgelegd worden en/of ze kunnen verplicht worden om de onverschuldigde bedragen terug te betalen.

### Fouten van zorgverleners

De definitie van fraude mag dan vaag zijn, maar de **wet inzake de responsabilisering van de zorgverleners bevat een zeer duidelijke omschrijving van wat als een 'overtreding' wordt beschouwd bij**

**Na een beslissing van de Leidend ambtenaar hebben 94 zorgverstrekkers vrijwillig 798.278,77 euro terugbetaald aan het RIZIV in 2012.**

RIZIV

**zorgverleners.** De inbreuken zijn onderverdeeld in 8 categorieën. Zijn verboden: niet-uitgevoerde verstrekkingen, verstrekkingen die niet in overeenstemming zijn met de wetgeving, verstrekkingen die noch curatief, noch preventief zijn of overbodige of onnodig dure verstrekkingen. Ook het voorschrijven kan een inbreuk zijn: het voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen of van farmaceutische specialiteiten die de aanbevelingen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen niet naleven.

Aan die overtredingen moeten ook nog de louter administratieve inbreuken toegevoegd worden: de overtreding van sommige administratieve formaliteiten (bv. vergeten om de voornaam van de patiënt te vermelden), alsook het aanzetten tot overconsumptie of overdreven voorschrijven.

**In 2011 werden 659.000 inbreuken gepleegd door zorgverleners. In 16% van de gevallen ging het om niet-uitgevoerde verstrekkingen en in 78% van de gevallen waren de verstrekkingen niet-conform aan de nomenclatuur.** Dat laatste percentage heeft grotendeels te

maken met de complexiteit van die nomenclatuur. Dat is echter geen excuus. Het RIZIV stelt namelijk 'infoboxen' ter beschikking van de zorgverleners, dat zijn praktische gidsen om de wetgeving goed te begrijpen en toe te passen. "De nomenclatuur mag niet naar eigen goeddunken geïnterpreteerd worden door de zorgverlener", legt Bernard Landtmeters uit. "Als de codes tegenstrijdig of moeilijk te interpreteren zijn, dan zijn er tal van middelen om dergelijke problemen aan te kaarten (vakbonden, vakverenigingen, ...), opdat de overheden die codes eventueel zouden herzien."

...

### Nieuwe middelen om de strijd aan te gaan

2014 was een jaar met tal van nieuwigheden in het kader van de fraudebestrijding. In het begin van het jaar heeft een werkgroep in het RIZIV een reeks maatregelen ontwikkeld die bedoeld zijn om de efficiëntie van de gezondheidszorg te verbeteren en om de strijd aan te binden met verspilling en fraude. Maken deel uit van die maatregelen: akkoorden over de **financiële transparantie**, de bepaling van regels inzake **overconsumptie** of de **intrekking van het RIZIV-nummer** bij bewezen fraude. In april 2014 werd een wet rond diverse bepalingen inzake gezondheid gepubliceerd die een aantal denksproten van de werkgroep in het RIZIV concreteerde. Eén van die concrete middelen is de oprichting van een **anti-fraudecommissie** in het RIZIV. Deze commissie heeft een adviserende rol en moet de acties ter bestrijding van fraude coördineren. De wet voorziet ook in de **bewijskracht van de vaststellingen van de adviserend geneesheren**. Dit betekent dat hun verslagen worden doorgestuurd naar het RIZIV, die ze mag gebruiken als feitelijke gegevens in het kader van dossiers met een vermoeden van fraude (zonder een nieuw onderzoek in te stellen). Deze nieuwigheid in vergelijking met de vorige procedure betekent tijdswinst in het kader van het terugvorderingsproces van de onverschuldigde bedragen.

## Hoge bedragen

In 2012 heeft de opsporing van niet-uitgevoerde en niet-conforme verstrekkingen geleid tot de recuperatie van niet minder dan 1.616.482,23 euro!

Dat kan gaan van een tandarts die onderzoeken aanrekent die hij niet uitgevoerd heeft, over de verpleegkundige die verklaart dat ze 5 keer per dag langsgaat bij een patiënt, tot zelfs het laboratorium dat valse attesten over biologische onderzoeken aangeeft. Op het einde van de jaren '80 werd zo'n gigantisch fraudegeval vastgesteld bij een laboratorium (Biorim), dat er niet voor terugdeinsde om valse attesten te factureren. De geraamde schade voor de overheid liep toen op tot 1 miljard euro ... De juridische perikelen van deze zaak hebben jaren aangesleept en het dossier is nog steeds niet afgesloten (de onverschuldigde bedragen werden nooit gerecupereerd).

**Het ziekenfonds is wettelijk verplicht om bedragen die ten onrechte gestort werden aan een persoon of organisatie, terug te vorderen. Doet het dat niet, dan kunnen sancties van het RIZIV volgen.**

geworden voor de strijd tegen sociale fraude. In 2013 hebben dergelijke inbreuken in totaal een onverschuldigd bedrag van 415.681,31 euro opgeleverd. Andere inbreuken lopen nog. Het gaat bv. over een frauduleuze onderwerping als de sociaal verzekerde zich onderworpen heeft in het verkeerde stelsel, om toch maar hogere uitkeringen te kunnen krijgen (bv. een onderwerping als loontrekkende, terwijl het om een zelfstandige gaat). Via domiciliefraude is het dan weer mogelijk om onder meer ten onrechte uitkeringen als alleenstaande te claimen. Verzekerden kunnen ook andere soorten inbreuken plegen tegen de uitkeringsverzekering, zoals de indiening van een vervalst medisch verslag om onverschuldigde uitkeringen te krijgen.

## Cumulatie van uitkeringen bij verzekerden

Ook de verzekerden kunnen zich aan verschillende inbreuken bezondigen. Naast de eerder genoemde witte fraude zijn er ook nog **zwartwerk, fictieve of frauduleuze onderwerping aan de sociale zekerheid en de domiciliefraude**.

In 2013 heeft het RIZIV 665 onderzoeken ingesteld in het kader van verboden cumuls of 'witte fraude'. Daarbij werden 297 gevallen als foutief beschouwd voor een totaal bedrag van 1.672.039 euro. De betrokken leden moeten die bedragen terugbetalen aan de verzekeringsinstellingen.

Voor een goed begrip van de impact van een fictieve onderwerping verwijzen we naar de zaak 'Bouchez', een grootscheepse fraudezaak die ontdekt werd in 2008. Een netwerk van fictieve kleine ondernemingen had 'werknemers' ingeschreven via Dimona (portaal voor de aangifte van tewerkstelling) en had alle formaliteiten vervuld voor de onderwerping. Deze ondernemingen betaalden evenwel geen sociale bijdragen. Zodra de RSZ de bijdragen probeerde te innen, werd de onderneming opgedoekt. Er werd ook prompt een ander bedrijfje opgericht onder een andere naam... Intussen genoten de 'valse bedienden' van verstrekkingen van de sociale zekerheid: werkloosheidsuitkeringen en gezinsbijslag, maar ook geneeskundige verzorging en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Deze zaak, die nog volop onderzocht wordt, heeft gezorgd voor tal van reacties en het jaar 2008 is een sleuteljaar

## Verzekeringsinstellingen in een verkennerrol

Als een of meer verzekeringsinstellingen onregelmatigheden vaststellen of fraude vermoeden, dan dienen ze die informatie door te spelen aan de controlediensten van het RIZIV. De verzekeringsinstellingen werken via het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) overigens samen rond fraudedossiers die hen allemaal aanbelangen. Het NIC heeft een Fraudecommissie opgericht die op geregelde tijdstippen vergadert over de opvolging van de gemeenschappelijke geschillendossiers die ingediend zijn bij de bevoegde rechtbanken. De medische directies van de Landsbonden van ziekenfondsen communiceren ook spontaan onderling over dossiers die ze als dubieus beschouwen. "Fraude kan alleen bestreden worden door goed en snel samen te werken", zegt Bernard Landtmeters. "De verzekeringsinstellingen communiceren trouwens meer dan vroeger over vermoedelijke fraudegevallen. Ze brengen hun gegevens samen om gemeenschappelijke dossiers te kunnen indienen bij het RIZIV." De ziekenfondsen zijn verplicht om fraudegevallen op te sporen, maar het is nog altijd aan het RIZIV om in allerlaatste instantie te beslissen of het om fraude gaat.

Het ziekenfonds is wettelijk verplicht om de bedragen die ten onrechte gestort werden aan een persoon of organisatie terug te vorderen. Doet het dat niet, dan kunnen sancties van het RIZIV volgen. Omgekeerd is

het ook zo dat het ziekenfonds in bepaalde omstandigheden aanspraak kan maken op een verhoging van zijn administratiekosten (met 10 tot 16% van de teruggevorderde bedragen). De verzekeringsinstellingen beschikken over diverse middelen om de nodige verificaties te doen, zoals de uitwisseling van datatromen met het RIZIV of de toegang tot de gegevens van de RSZ. De ziekenfondsen zijn vooral uitermate voorzichtig bij de opening van een recht. "We mogen niet uit het oog verliezen dat het de bedoeling is van fraudebestrijding om onze gezond-

heidszorg te vrijwaren en om erop toe te zien dat het de nodige zorg garandeert aan al wie er nood aan heeft", concludeert Bernard Landtmeters. "De meeste zorgverleners zijn eerlijk, het is dan ook jammer dat een minderheid aan fraudeurs het vertrouwen in het systeem aantast en ons stelsel in gevaar brengt."



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



De cijfers in dit artikel komen uit de jaarverslagen van de Dienst voor Administratieve Controle (2013) en de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (2012) van het RIZIV. [www.riziv.be](http://www.riziv.be)

## Opsporing van de 'outliers'

Hoewel het merendeel van de zorgverleners zich netjes houdt aan de fiscale regels en de meeste voorbeelden van fraude in de Belgische gezondheidszorg geïsoleerde gevallen zijn, zien we binnen sommige beroepscategorieën een klein percentage dat verantwoordelijk is voor een zeer grote hap uit het ziekteverzekeringsbudget. Deze zogenoemde 'outliers' vinden we onder meer terug bij de tandartsen en kinesitherapeuten. Op vraag van de betrokken sectoren, ontwikkelde het Intermunicipaal Agentschap (IMA) enkele systemen om deze zware vormen van hyperconsumptie op te sporen en te vermijden.

### Plafonnering voor tandartsen

Om het systeem voor de tandzorg te ontwikkelen, heeft de 'dentomut' (het overlegorgaan van ziekenfondsen en tandartsen) bepaald hoe hoog de maximale werklast van een doorsneewerkdag mag zijn om kwalitatieve zorg af te leveren. Aan elk nomenclatuurnummer werd een bepaalde waarde toegekend, overeenkomstig met de werklast die de verstrekking met zich meebrengt, de zogenoemde P-waarde. Er werd overeengekomen dat als gedurende een periode van 30 opeenvolgende werkdagen de gemiddelde P-dagwaarde groter is dan 200, de kwaliteit van de verstrekkingen in het gedrang kan komen. Sinds 1 maart 2013 gaat het IMA elk trimester na welke tandartsen gedurende een periode van minstens 30 dagen deze gemiddelde P200 hebben overschreden. Uit de eerste cijfers (voor de periode van 1 maart tot 31 december 2013) bleek dat dat bij 35 tandartsen het geval was. Samen hebben ze een bedrag van 9,3 miljoen euro aangerekend aan de ziekteverzekering. De 'zwaarste' zorgverlener in de lijst rekende in zijn eentje maar liefst 424.000 euro aan voor die periode.

Daarnaast kijkt het IMA ook na of er bepaalde verstrekkingen zijn die op korte tijd heel veel presteren en dan voor de rest van het jaar niets meer. Daardoor komen ze niet boven het algemene gemiddelde voor een lange periode, maar wel als je inzoomt op korte termijn. Na de vaststelling van overconsumptie bezorgt het IMA de gegevens en de resultaten van de betrokken tandartsen aan

de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC). Die gaat op haar beurt verdere gegevens opvragen bij de ziekenfondsen en een dossier opmaken. Wat dan kan volgen, is een administratieve procedure: de zorgverlener moet dan alles terugbetalen wat boven de P200-waarde aangerekend is.

### Controle remgeldinning bij kinesitherapeuten

Een vergelijkbaar systeem van controle, maar vanuit een andere optiek, gebeurt bij de kinesitherapeuten. Daar staat de inning van het remgeld centraal. Het is al jarenlang een bekend probleem: doordat zorgverleners de derdebetalersregeling toepassen en geen remgeld vragen, heeft de patiënt niet de reflex om na te gaan of wat de verstrekker aanrekent aan de ziekteverzekering, ook werkelijk is uitgevoerd. De factuur gaat rechtstreeks naar het ziekenfonds, dat op zijn beurt ook geen zicht heeft op de uitgevoerde prestaties. Ook hier heeft het IMA, in samenspraak met de overeenkomstencommissie, een controleprocedure uitgewerkt. Die maakt het mogelijk om te controleren of kinesitherapeuten zich aan een vastgelegd plafond houden: in 85% van de gevallen moeten ze remgeld aanrekenen aan de patiënt. Op die manier blijft het aantal facturen dat moeilijk gecontroleerd kan worden – en tot overconsumptie kan leiden – beperkt.

Hellen Smeets

# 5 middelen om fraude te bestrijden

Er bestaan al mechanismen om fraude of vergissingen op te sporen binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Andere staan nog op stapel of ontbreken gewoonweg. De Onafhankelijke Ziekenfondsen belichten hun prioriteiten in dit dossier en zetten 5 middelen op een rij die volgens hen onmisbaar zijn om fraude beter te bestrijden.

## 1. De gezondheidsgegevens beter gebruiken

Het is essentieel om de beschikbare gegevens te verbeteren en systematisch te vergelijken. Daarvoor moeten nieuwe technieken worden gebruikt om **outliers, misbruiken en fraudegevallen op te sporen**. De verzekeringsinstellingen, het RIZIV, het Intermutualistisch Agentschap, de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid... ze beschikken allemaal over data in verband met de gezondheidszorg. Zolang de persoonlijke levenssfeer van de patiënt gevrijwaard blijft, moeten deze gegevens vergeleken worden om misbruiken efficiënter en sneller te kunnen opsporen.

## 2. De Fraudecommissie opstarten

De Onafhankelijke Ziekenfondsen verwachten veel van de Fraudecommissie, die opgericht moet worden volgens de wet houdende diverse bepalingen van april 2014. Zodra de vergelijking van data geconcretiseerd én bruikbaar is, zal deze commissie kunnen beginnen met haar werk. Die werking zal daarenboven **vergemakkelijkt worden door de toekenning van bewijskracht aan de vaststellingen van de adviserend geneesheren** van de verzekeringsinstellingen. Als er een vermoeden is van fraude of misbruik, dan zullen zij hun vaststellingen kunnen meedelen aan de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle. Dat zorgt voor tijdswinst in het kader van de procedure voor de opsporing van misbruik of fraude.

## 3. De nomenclatuur herzien

Onze nomenclatuur is ingewikkeld. De toepassing van de regels, de interpretatiemogelijkheden, de vage definities en de gebrekkige kennis van het algemene kader bij de zorgverleners leiden tot **verkeerde interpretaties en toepassingen, met alle gevolgen van**

**dien voor de facturering**. De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn wel blij met de nieuwe nomenclatuur van de implantaten en het medische materiaal. De volledige reglementering werd namelijk opgenomen in één reglement, de formulieren werden geüniformiseerd en bepaalde verstrekkingen werden vereenvoudigd.

## 4. Nagaan of de verstrekkingen echt uitgevoerd werden

Deze controle zal eenvoudiger worden door het **lezen van de identiteitskaart (e-ID) van de patiënt** op het ogenblik van de verzorging. Maar de vaststelling van een therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de patiënt (op initiatief van de zorgverlener) mag geen vrijgeleide zijn voor de facturering van verstrekkingen! Het is en blijft nodig om de e-ID te tonen als sleutel voor de facturering.

## 5. Andere aanpassingen van de reglementering

Er zijn nog **andere wetswijzigingen** nodig, bv. de registratie en de samenwerking tussen de zorgverleners. Het is namelijk absoluut noodzakelijk **om de geïntegreerde multidisciplinaire zorg te kunnen opvolgen**. De Onafhankelijke Ziekenfondsen roepen tevens op tot de oprichting van disciplinaire instanties (Ordes) voor bepaalde medische beroepen. Het zou ook nuttig zijn om bepaalde procedures van de controlediensten te wijzigen, zodat het mogelijk wordt om sneller op te treden en om extrapolaties te maken voor bepaalde vaststellingen van fraude... De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten tot slot ook voor de **verlenging van de verjaringstermijn tot 10 jaar in plaats van 5 voor fraude in het kader van geneeskundige verzorging**, zoals al het geval is voor fiscale fraude.


 Bernard Hepp, an older man with glasses and a mustache, is speaking at a conference. A woman is seated next to him, listening. They are both at a table with microphones and water bottles.
 

Interview met Bernard Hepp

## “Misbruik aanpakken bij de wortel!”

Wie fraudebestrijding binnen de Belgische gezondheidszorg zegt, zegt Dokter Bernard Hepp. De gewezen huisarts leidt de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV en is voorzitter van het European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN). Geen betere ingewijde dus om de huidige stand van zaken op te maken!

**In België is het de DGEC die de ‘waste’ (verspilling) in de gezondheidszorg opspoot. Die dienst heeft een hele evolutie meegemaakt de laatste decennia.**

**Bernard Hepp** - Aanvankelijk was de DGEC eerder controlerend en repressief, maar in de loop der jaren hebben we er twee belangrijke taken bijgekregen, namelijk informatie en evaluatie. Dat wil zeggen dat we niet enkel de controleurs van de artsen willen zijn, maar veeleer een partner in de gezondheidszorg. We volgen daarbij een soort handavingsketen, die begint bij het informeren van de zorgverleners door brochures, infoboxen, feedback... Een volgende stap is het confronteren van hen die (al dan niet intentioneel) in de fout zijn gegaan. We wijzen hen op hun onregelmatigheden en starten met het opvolgen van de betrokken zorgverleners. Houden de misbruiken aan, dan kunnen we al uitsluiten dat het om een onwetendheid of vergissing gaat en kan er een procedure volgen. Als het om manifeste fraude of corruptie gaat, grijpen we uiteraard meteen in. In de toekomst willen we de verschillende beroepsgroepen ook meer betrekken bij het handavingsbeleid. Overconsumptie is namelijk een gevoelige materie waarbij de expertise van het veld een meerwaarde uitmaakt.

**“We stellen jaarlijks een half miljoen inbreuken vast, waarbij er te veel aangerekend wordt aan onze ziekteverzekering.”**

**Kan u een voorbeeld geven van overconsumptie?**

**B. H.** - Een tijdje geleden onderzochten we in welke mate chirurgen een bepaalde dure heelkundige ingreep aan de hand (een vorm van neurolyse) uitvoerden. Die heeft volgens de medische literatuur geen echte meerwaarde ten opzichte van een soortgelijke, goedkopere ingreep met een gelijkaardig effect. Toch stelden we vast dat sommige chirurgen de duurdere ingreep aanrekenen aan de ziekteverzekering, wat wijst op overconsumptie. We hebben toen besloten een aantal sensibiliseringsbrieven te sturen naar de chirurgen, en met succes: het aandeel neurolyses daalde nadien van 62% naar 33%. Dat betekende een vermindering van meer dan twee miljoen euro in de uitgaven van de ziekteverzekering.

**Wanneer start de DGEC met een onderzoek?**

**B. H.** - Dankzij ons departement ‘evaluatie’ is het mogelijk om ons werkelijk op het terrein te begeven, risicoanalyses te doen en gerichte thematische onderzoeken uit te voeren. We baseren ons dus niet alleen op klachten (zoals vroeger), maar beginnen nu ook zelf te screenen: in welke gebieden zijn er pieken van uitgaven of abnormale patronen? Naast deze

thematische onderzoeken voeren we een duizendtal individuele enquêtes per jaar uit, waarvan er een kwart negatief uitvalt. In 40% van de gevallen volgt er een vrijwillige terugbetaling en 12%, de 'zware dossiers', wordt gesanctioneerd door de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg. Een beperkt aantal, waar echte corruptie en extreme fraude mee gemoeid is, verwijzen we naar het parket.

#### Hoe zwaar worden intentionele fouten bestraft?

**B. H.** - Als er overtredingen zijn, is er schade aan de ziekteverzekering. Eerst kijken we hoe groot die schade is. Is er meer aangerekend dan toegelaten? Dan gaan we dat bedrag terugvorderen. Voor inbreuken onder de 3.000 euro is er een mogelijkheid tot minnelijke schikking. Zwaardere gevallen worden doorverwezen naar de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg. Bovenop een terugvordering van het te veel aangerekende bedrag, kunnen zij een boete opleggen van 5% tot 200%. Tot een schorsing komt het niet, tenzij de Orde van Geneesheren die beslissing neemt uit deontologische overwegingen.

#### Hoe ziet u de strijd tegen overconsumptie in de toekomst?

**B. H.** - We willen meer de nadruk leggen op preventie via informatie en overleg. In plaats van een klopjacht te houden op frauderende zorgverleners, willen we het misbruik bij de wortel aanpakken. Een manier om dit te doen, is bv. de terugbetaling van sommige producten of prestaties te herzien. Soms overstijgt die terugbetaling ruimschoots de reële waarde ervan, wat woekerwinsten mogelijk maakt en corruptie in de hand werkt. Zulke misbruiken willen we nu voorkomen door advies te geven aan instanties die de terugbetalingen bepalen. Ook willen we internationaal meer gaan samenwerken met buitenlandse controlediensten. In 2010 hebben de Belgische en Franse minister van Volksgezondheid een samenwerkingsverband ondertekend om belangrijke informatie beter en sneller te kunnen uitwisselen. Deze lijn willen we graag doortrekken naar andere landen.

#### Tot slot: welke veranderingen zou u nog graag zien doorgevoerd worden?

**B. H.** - We willen ervoor zorgen dat de middelen niet blijven slinken door misbruik, waardoor zij die het écht nodig hebben er misschien geen toegang meer toe krijgen. Daarvoor moeten er doeltreffende en ingrijpende maatregelen genomen durven worden. Een van onze voorstellen is om de terugbetaling van prestaties door zwaar frauderende zorgverleners te schorsen en de kraan voor hen als het ware dicht te draaien. Misschien een idee voor de volgende regering?

### Best practices

## Meer internationale samenwerking

Een van de conclusies uit het rapport van het EHFCN (lees artikel op pagina 14-15) is dat België 'te tolerant' zou zijn tegenover fraude en corruptie in de gezondheidszorg. Bent u het daarmee eens?

**Bernard Hepp** - Zeker niet in de letterlijke zin van het woord. In samenspraak met het parket verwijzen we enkel de zwaarste dossiers door voor vervolging. Uiteraard zijn er daarnaast nog heel wat mildere overtredingen, maar het parket beschouwt die niet als prioritair. Gemiddeld stellen we een half miljoen overtredingen per jaar vast, waarbij er te veel aangerekend wordt aan onze ziekteverzekering. Maar die overtredingen zijn niet altijd intentioneel! Het gaat vaak om vergissingen, door het niet kennen of verkeerd interpreteren van de wet. **Het grote probleem is dat de richtlijnen voor 'goede medische praktijkvoering' niet bindend zijn.** Zo stelt het KCE bv. dat drie longfunctietesten tijdens een raadpleging pneumologie in principe moeten volstaan, maar in de praktijk zien we dat longartsen die richtlijn vaak niet volgen. Dat zijn eigenlijk overbodige medische prestaties en wanneer die aangerekend worden, is dat een vorm van overconsumptie. We staan hier helemaal niet tolerant tegenover, maar de niet-tegenstelbaarheid van de richtlijnen vormt vaak een probleem.

#### Hoe kunnen de richtlijnen voor goede medische praktijkvoering dan wel tegenstelbaar gemaakt worden?

**B. H.** - Ten eerste zouden we met internationaal vastgelegde normen veel sterker staan dan met onze nationale regelgeving. 'Evidence-based medicine' is namelijk een universeel gegeven! Ten tweede, vermits **fraude steeds meer een grensoverschrijdend fenomeen wordt, zouden nationale controlediensten nauwer moeten samenwerken.** In dat verband heeft het EHFCN een algemeen internationaal begrippenkader opgesteld over 'waste' (verspilling) in de gezondheidssector, waaronder fouten, misbruiken, fraude en corruptie. Voor elk type inbreuk worden ook passende maatregelen voorzien. Met dit systeem hopen we in de toekomst meer aan benchmarking te kunnen doen.





# Grenzeloze fraude

De zorgsector is een van de domeinen die het meest kwetsbaar is voor corruptie en fraude. Jaarlijks besteedt Europa meer dan 1.000 miljard euro aan gezondheidszorg, met de bedoeling om de mensen te helpen die het nodig hebben. De verliezen die gepaard gaan met misbruik zijn daarom nefast voor elk zorgsysteem. Om zich hiertegen te wapenen, bouwen de Europese landen niet alleen hun eigen anti-fraudecellen uit, maar richten ze ook gezamenlijk hun pijlen op het probleem.

De Europese Commissie dringt er al enkele jaren bij de lidstaten op aan om systematisch en efficiënt in te zetten op fraudebestrijding in de gezondheidszorg, ook al zijn de middelen soms beperkt. In 2013 publiceerde ze, in samenwerking met het EHFCN, een Europese studie over fraude in de gezondheidszorg. Daaruit bleek dat het fenomeen zich in alle onderzochte gebieden voordeed, maar dat de aard en de prevalentie ervan sterk verschilden.

## 6 types van corruptie

De studie richtte zich op 3 gebieden binnen de gezondheidszorg: medische dienstverlening, aanbesteding en certificering van medische apparatuur en aanbesteding en autorisatie van geneesmiddelen. Op basis van de resultaten werden 6 typologieën van corruptie in de bestudeerde gebieden geïdentificeerd, waaronder omkoping bij medische dienstverlening. Deze vorm van fraude zou vooral in Zuid- en Oost-Europa voorkomen, met als doel **om wachtlijsten te omzeilen en voorkeursbehandelingen te krijgen**. Ook het niet volgen van de Europese richtlijnen bij aanbestedingen – al dan niet in

combinatie met belangenvermenging of smeergeld – bleek een veel voorkomend probleem. Maar de meest problematische vorm van corruptie was volgens de Europese Commissie het promoten van geneesmiddelen en medische apparatuur van de industrie naar individuele zorgverstrekkers en zorginstellingen toe. Deze ‘ongepaste marketingrelaties’, die in alle lidstaten voorkwamen, zouden niet alleen leiden tot hogere prijzen van geneesmiddelen, maar ook tot een overconsumptie ervan (door de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag).

**De Europese Commissie bekritiseert de juridische onduidelijkheid in België van wat fraude precies inhoudt.**

kers en zorginstellingen toe. Deze ‘ongepaste marketingrelaties’, die in alle lidstaten voorkwamen, zouden niet alleen leiden tot hogere prijzen van geneesmiddelen, maar ook tot een overconsumptie ervan (door de beïnvloeding van het voorschrijfgedrag).

## Good practices

Volgens de Europese Commissie zou de te hoge ‘tolerantie’ ten

opzichte van corruptie het aantal misbruiken wereldwijd aanwakkeren. De algemene adviezen die uit de studie resulteren, zijn het hanteren van een duidelijke en effectieve anticorruptiewetgeving, met onder andere juridische vervolging en een algemeen transparant aanbestedingssysteem. In de studie werden alvast **enkele ‘good practices’ van Europese lidstaten** aangehaald. Voorbeelden hiervan zijn de introductie van transparante wachtlijsten (in Oostenrijk en Kroatië) en het lanceren van sensibiliseringscampagnes en kliklijnen (in het Verenigd Koninkrijk). **Ook België kreeg lof voor het opzetten van een controledienst die corruptie en fraude in de gezondheidszorg opspoorde en bestraft:** de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC). (Het interview met Bernard Hepp, voorzitter van de DGEC, vindt u op p.12).

## Aanbevelingen voor België

De verschillende vormen van fraude in de gezondheidszorg in België die uit de studie naar voren kwamen, waren voornamelijk gevallen van **belangenvermenging, foutieve aanvragen tot terugbe-**

**talingen** en het aanpassen van aanbestedingscriteria om één bepaald product of dienst boven een ander te verkiezen. Er bleek weinig bewijs te zijn van grote corruptieschandalen of fraude op grote schaal, maar eerder van geïsoleerde gevallen van kleinere omvang. Toch werden er een aantal belangrijke aanbevelingen op een rijtje gezet. Zo ontbreekt er in ons land een risicoanalyse- en fraudedetectiesysteem voor de hele zorgsector (voorlopig enkel in de tandzorg). Als fraude vastgesteld wordt door een verzekeringsinstelling, wordt het RIZIV dikwijls laat op de hoogte gebracht (gemiddeld 3 maanden later). Indien de ziekenfondsen meer bevoegdheden zouden hebben in de aanpak van fraudedossiers, zou die procedure sneller kunnen gaan. Daarnaast bekritiseert de Europese Commissie de juridische onduidelijkheid in België van wat fraude precies inhoudt. Onwettelijke praktijken in terugbetalingsprocedures worden als een non-conformiteit of vergissing beschouwd, omdat het zeer moeilijk is om de intentie van dit gedrag te bewijzen. Hierdoor bereiken te weinig dossiers het parket.

### De strijd van de buurlanden

De aard van de fraude varieert van land tot land. Alles heeft namelijk te maken met het soort zorgsysteem dat er van toepassing is. België hanteert een publiek zorgsysteem, waar een ziekteverzekering verplicht is, de patiënten hun ziekenfonds vrij kunnen kiezen en terugbetalingstarieven door de overheid vastgelegd worden. Het systeem in Frankrijk is vrij analoog met het onze. De meest voorkomende vorm van fraude bij onze zuiderburen is gelinkt aan de farmaceutische industrie, die er heel veel politieke en economische macht heeft. **De nieuwe**

Het 'European Healthcare Fraud and Corruption Network' (EHFCN) ontstond in 2005, nadat enkele Europese lidstaten beslist hadden om hun krachten te bundelen en samen de fraudebestrijding te coördineren en te optimaliseren. De leden van het EHFCN zijn 16 nationale organisaties in 12 landen die fraude en corruptie bestrijden in het algemeen of in de gezondheidssector in het bijzonder. België is onder andere vertegenwoordigd door het RIZIV en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC). Het EHFCN beoogt in de eerste plaats een uitwisseling van nuttige informatie, maar focust zich daarnaast ook op het organiseren van seminars, het ontwikkelen van risicomeetinstrumenten en het opzetten van sensibiliseringscampagnes.

[www.ehfcn.org](http://www.ehfcn.org)

**relatie tussen de farma-reuzen en zorgverleners vormt dan ook een risicofactor:** gelobby en prijsafspraken roepen vaak ethische vragen op bij zorggerelateerde beslissingen.

In Nederland geldt een ander zorgsysteem, dat fraude min of meer in de hand houdt. De verzekeringsinstellingen kunnen er onderhandelen met zorgverstrekkers, waardoor ze een beter zicht hebben op de prijzen en de kwaliteit van zorg. De verzekeringsinstellingen worden op hun beurt gecontroleerd door een nationaal toezichtsorgaan: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Fraude in de gezondheidszorg gebeurt er dan ook meer op kleine schaal, bv. door persoonlijk winstbejag of belangenvermenging.

In Duitsland ten slotte, zijn er meer dan 200 publieke ziekenfondsen die elk afzonderlijk contracten aangaan met zorgverleners. Er is een grote transparantie van aanbestedingen van geneesmiddelen en medische apparatuur, wat de macht van de farma-industrie beperkt. Toch blijven bepaalde ziekenfondsen zwaar inzetten op fraude, zowel qua personeel als financiële middelen. Zo heeft de Techniker Krankenkasse (die 8,5 miljoen verzekerden in Duitsland vertegenwoordigt) een ploeg van 16 medewerkers die zich voltijds bezighouden met fraudebestrijding.

### Factuur 4 keer hoger

Fraude in de gezondheidszorg manifesteert zich natuurlijk niet enkel binnen de landsgrenzen. **Een belangrijk voorbeeld van grensoverschrijdende fraude zijn de hoge facturen waarmee toeristen soms geconfronteerd worden na opname in buitenlandse ziekenhuizen.** In 2013 weigerden bepaalde Spaanse ziekenhuizen de Europese Ziekteverzekeringskaart, waardoor de rekening vier keer hoger lag dan normaal. Als gevolg hiervan startte de Europese Commissie een procedure van ingebrekestelling tegen Spanje, met het dwingende verzoek om het probleem aan te pakken. Binnen Europa moeten de verstrekkers de Europese regels respecteren en dezelfde tarieven hanteren als die voor de lokale inwoners. Ook in landen buiten de EU, zoals Turkije, zijn sommige (privé)ziekenhuizen uit op extra inkomsten van toeristen. Hoewel het onmogelijk is om deze vorm van misbruik in de kiem te smoren, kunnen intensieve onderhandelingen van de verzekeringsinstellingen de facturen vaak wel doen dalen.



Hellen Smeets

[hellen.smeets@mloz.be](mailto:hellen.smeets@mloz.be)



## Het Debat

# Keizersneden zonder medische reden: onverantwoord of niet?

Vorig jaar overschreed het aantal keizersneden in Vlaanderen de symbolische kaap van 20%. Die stijging gaat gepaard met een nieuwe trend: de keizersnede op verzoek zonder medische reden. Een enquête van de Artsenkrant toonde aan dat 15% van de gynaecologen op zo'n verzoek zou ingaan. Maar is dat wel verantwoord? Een debat tussen Ronny Goethals, afdelingshoofd gynaecologie en adjunct-medisch directeur van het AZ Maria Middelaars in Gent, en Ann Ceuppens, Expert Geneesheer van de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

## Waarom willen meer vrouwen bevallen met een keizersnede?

**Ronny Goethals** - Dat is een beetje kort door de bocht.



**Ronny Goethals**  
AZ Maria Middelaars Gent

Er worden inderdaad meer keizersneden uitgevoerd, maar slechts een minderheid gebeurt op vraag van de patiënte. Gynaecologen komen steeds meer onder druk te staan om 'het perfecte kind' ter wereld te brengen en daarom kiezen ze wel eens voor een keizersnede. Vaginaal bevallen of met een keizersnede, dat is geen exacte wetenschap. Er

bestaat een grijze zone, waarbinnen het niet helemaal duidelijk is welke optie de beste is en in zulke gevallen zullen artsen vandaag de dag sneller kiezen voor een keizersnede. Toch zijn er wel een paar zwart-wit gevallen, bv. stuitbevallingen. In zo'n geval is een keizersnede misschien wel de betere optie, maar als artsen dan enkel voor een keizersnede kiezen, bouwen ze onvoldoende ervaring en expertise op om een vaginale bevalling uit te voeren. Dat baart me wel zorgen.

## Speelt de opleiding van de artsen daarbij een rol?

**R.G.** - Ik vrees inderdaad dat artsen die vandaag opgeleid worden sneller geneigd zijn om defensieve geneeskunde te beoefenen en dus meer voor keizersneden zullen kiezen. Dat zorgt voor een negatieve spiraal, want 'once a ceasar, always a ceasar'. Als de eerste bevalling met een keizersnede gebeurde, dan zullen de volgende ook keizersneden zijn. Kortom, de beste manier om keizersneden te vermijden, is de eerste keer voor een vaginale bevalling te kiezen. Want dan zullen de eventuele tweede en derde bevalling ook makkelijker vaginaal kunnen gebeuren. Het sleutelmoment om het aantal keizersneden te doen dalen, is dus die eerste bevalling.

**Ann Ceuppens** - Klopt, daarom is het erg belangrijk om toekomstige mama's bewust te maken van de risico's die verbonden zijn aan een keizersnede zonder medische reden en het belang om de eerste keer vaginaal te bevallen. Dat zou al een flinke stap vooruit zijn.

## Welke gevaren zijn er dan verbonden aan een keizersnede?

**A.C.** - Het is en blijft een operatie, dus de risico's zijn groter dan bij een vaginale bevalling. Het is belangrijk om duidelijk te maken dat er zowel gevaren zijn

voor moeder als kind. Zo kunnen er zich respiratoire complicaties voordoen bij de baby, zeker bij een vroeger geplande keizersnede. Een keizersnede voer je beter niet uit voor de 39ste week van de zwangerschap, want de neonatale onrijpheid en morbiditeit is dan groter. Voor de moeders zijn er meer risico's op infecties en ook meer kans op complicaties bij een volgende zwangerschap.



**Ann Ceuppens**  
Onafhankelijke Ziekenfondsen

Daarnaast duurt de ziekenhuisopname ook langer, met een duurder prijskaartje voor de patiënte en de ziekteverzekering tot gevolg.

### Is het dan verantwoord dat 15% van de gynaecologen op de vraag voor een keizersnede zou ingaan, zoals een enquête van de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG) aantoonde?

**R.G.** - Ik kan hen tot op zekere hoogte begrijpen. De redenering van die artsen is namelijk dat er soms niet voldoende harde argumenten zijn om niet voor een keizersnede te kiezen. Daarnaast staan artsen ook soms onder druk om absoluut geen patiënten 'te verliezen', want voor de financiering van hun ziekenhuis is dat negatief. Als een vrouw namelijk een keizersnede wil en de arts weigert, is de kans groot dat ze elders wel op haar wenken zal worden bediend. Of stel dat de arts tegen de wil van de vrouw in toch voor een vaginale bevalling kiest en er loopt iets mis, waarop de vrouw klacht neerlegt. Ook dat is een factor die meespeelt.

### Hoe kunnen we artsen én toekomstige mama's dan sensibiliseren?

**A.C.** - Als verzekeringsinstelling kunnen wij zeker een belangrijke rol spelen bij de voorlichting over de risico's van een keizersnede zonder medische reden, zowel bij moeder als kind. Zonder uit het oog te verliezen dat er soms wel degelijk medische indicaties voor een keizersnede zijn en dat zo'n ingreep soms levens kan redden. Het omgekeerde scenario, namelijk dat vrouwen geen keizersnede willen hoewel de situatie het vereist, willen we natuurlijk ook vermijden.

**R.G.** - Daarnaast is het ook aan de opleidingscentra en universitaire ziekenhuizen om meer aandacht te besteden aan het belang van die eerste bevalling langs vaginale weg. Want als artsen steeds meer keizersneden uitvoeren, hebben ze vaginale bevallingen minder in de vingers. Dan zitten we met een

kwalitatief probleem dat een bedreiging kan vormen voor de volksgezondheid. Denk maar aan een keizersnede die gebeurt tijdens de 32ste week, terwijl de bevalling nog uitgesteld had kunnen worden. Dan boet je zwaar in aan neonatale zorg. De opleidingscentra en universitaire ziekenhuizen voelen echter ook dat medico-legale zwaard van Damocles dat boven hun hoofd hangt, waardoor ze artsen in opleiding steeds meer diëts maken dat ze zich niet de minste twijfel kunnen veroorloven op dat vlak. Dat is een probleem en daarom roep ik die instellingen op om zo correct mogelijke, objectieve verloskunde aan te leren.

**A.C.** - Een andere manier om de verstrekkers te sensibiliseren, zou de publicatie van de sectorratio's per ziekenhuis kunnen zijn, naar analogie met de kwaliteitsindicatoren. Die transparantie zou een gedragsverandering bij de artsen kunnen teweegbrengen. Enkel de patiënt informeren, is inderdaad onvoldoende. Om de trend van het stijgende aantal keizersneden in te dijken, moeten we naar een bredere aanpak streven.

### En dan is er natuurlijk ook nog het financiële plaatje...

**R.G.** - Klopt, een keizersnede is duurder voor zowel de ziekteverzekering als de patiënte. Ik pleit daarom voor de introductie van een urgentiehonoraarium voor een vaginale bevalling. Momenteel is het honorarium altijd hetzelfde, of het nu overdag, 's nachts, tijdens de week of in het weekend is. Dat gaat er bij mij niet in. Als het RIZIV zo'n financiële incentive zou creëren, zullen gynaecologen er misschien toe aangezet worden om sneller voor een natuurlijke bevalling te kiezen.

**A.C.** - Een keizersnede zonder medische reden is inderdaad meestal op voorhand gepland, waardoor het 'easy money' is in vergelijking met een vaginale bevalling. In dat laatste geval moet je als gynaecoloog namelijk een aantal uur stand-by zijn en dat heb je niet bij een keizersnede.

**R.G.** - Ik besef dat zo'n urgentiehonoraarium misschien wel nodig zal zijn bij 50% van de bevallingen en daardoor een flinke hap uit het budget zou nemen. Maar het zal de volksgezondheid ten goede komen en uiteindelijk zal er zeker een terugverdieneffect zijn. Het aantal keizersneden zal dalen en de hospitalisatieduur wordt korter.

**Als artsen steeds meer keizersneden uitvoeren, hebben ze vaginale bevallingen minder in de vingers. Dan zitten we met een kwalitatief probleem dat een bedreiging kan vormen voor de volksgezondheid.**

# Gezondheidsbeleid De krachtlijnen per regio!

De 'moeder der verkiezingen' van 25 mei 2014 ligt al even achter ons, de regionale overheden zijn gevormd en hun regeerakkoorden zijn opgemaakt. Budgettaire krapte, de overheveling van bevoegdheden in het kader van de 6e Staatshervorming, ...: zowel Vlaanderen, Wallonië, Brussel als de Duitstalige Gemeenschap staan voor grote uitdagingen. Maar welke accenten leggen de regionale regeringen op vlak van gezondheid en welzijn? De voornaamste krachtlijnen op een rij!

## Vlaanderen: 'Vertrouwen, verbinden, vooruitgaan'

Met deze slogan wil de Vlaamse Regering de huidige en toekomstige uitdagingen aangaan. In de eerste plaats door de economie een stroomstoot te geven, maar de tweede prioriteit is de uitbouw van het zorg- en hulpverleningsaanbod. Het uitgangspunt daarbij is een evolutie naar een meer vraaggestuurd zorg- en welzijnsmodel (vertrekkend vanuit het perspectief van de patiënt) dat samenwerking, continuïteit en efficiëntie garandeert. Onder meer de volgende beleidslijnen moeten deze ambities waarmaken:

- **Vlaamse sociale bescherming:** met haar nieuwe bevoegdheden wil de Vlaamse Regering de Vlaamse sociale bescherming verder uitbouwen. Het gaat om een volksverzekering met rechten en persoonsgerelateerde uitkeringen (bv. zorgverzekering, tegemoetkoming hulp aan bejaarden, ...), toegekend op basis van inwonerschap en mits betaling van een premie.

De Vlaamse Brusselaars zullen kunnen kiezen of ze toetreden of niet. De Vlaamse sociale bescherming legt vooral de klemtoon op thuiszorg, preventie en het verhogen van de zelfredzaamheid. Een centrale rol hierbij is weggelegd voor de zorgkassen: zij beheren en behandelen de aanvraag, waarborgen de opvolging, voeren de betalingen uit, ...

- **Digitale gegevensdeling zonder regulitis:** de Vlaamse Regering wil het goedgekeurde decreet rond de organisatie van het netwerk voor de digitale gegevensdeling tussen actoren in de zorg verder uitwerken. Ze zal daarvoor een samenwerkingsakkoord sluiten met de federale overheid rond eHealth. De rol van de burger/patiënt staat daarbij centraal. Gaat de zorggebruiker niet akkoord? Dan kunnen zijn gegevens niet digitaal worden gedeeld!
- **Ouderen en personen met een beperking:** de nadruk moet liggen op ondersteuning en zorg in de thuisomgeving, onder meer

door een buurtgerichte benadering. Rond de ondersteuning van woningaanpassingen moet er ook een geïntegreerd Vlaams beleid komen. Specifiek voor personen met een beperking zal de Vlaamse Regering het nieuwe decreet Persoonsvolgende Financiering (PVF) uitvoeren en er komt ook een doorlichting van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH).

- **De 'Brusseltoets':** dit beleidsinstrument zal veralgemeend worden in de volgende legislatuur. Dat betekent dat alle Vlaamse regelgeving verplicht getoetst zal worden aan de toepassing ervan in Brussel voor de Vlaamse Brusselaars.

## Wallonië: 'Durven, vernieuwen en verenigen'

In haar regeerverklaring belooft de Waalse regering een OIP (Organisme d'Intérêt Public) te creëren die de oude én nieuwe bevoegdheden inzake gezondheid, ouderen en personen met een handicap zal beheren, bestaande uit alle

actoren uit de betrokken sectoren (waaronder de ziekenfondsen). **De Waalse regering wil op die manier de continuïteit van de oude bevoegdheidsdomeinen verzekeren en tegelijk het zorgaanbod herdefiniëren op maat van de veranderende zorgnoden.** Zo moet onder meer de huisarts de spil worden van de eerstelijnszorg door hem te betrekken bij het beleid rond gezondheidspromotie en -preventie, groepspraktijken te ondersteunen, middelen te creëren om huisartsenarme zones aantrekkelijker te maken, ... Daarnaast zal de Waalse regering ook de **samenwerking tussen ziekenhuizen aanmoedigen** middels onder meer een kadaster van de ziekenhuisinfrastructuur en een plan dat de versnippering van de middelen moet tegengaan en toegang tot zorg in landelijke zones moet aanmoedigen. Ook een grotere coherentie van de instrumenten voor gezondheidspromotie en maatregelen om de mentale gezondheid van jongeren aan te pakken, staan op het programma. Een ander belangrijk luik van het regeerakkoord is dat rond de personen met een handicap. De Waalse regering ambieert een **betere ondersteuning van de thuiszorg** door onder meer een herziening van de nomenclatuur voor hulpmateriaal en het persoonlijk assistentiebudget. Daarnaast zal de Waalse regering ook de kaart trekken van jobcreatie voor personen met een handicap en streven naar meer complementariteit tussen het gevoerde beleid op vlak van gezondheid en personen met een beperking. Ten slotte besteedt de Waalse regeerverklaring ook veel aandacht aan het overgehevelde bevoegdheidsdomein van de ouderenzorg. Zo wil de Waalse regering **de basis leggen voor een zelfstandigheidsverzekering voor alle ouderen in Wallonië.** Die dekking moet antwoorden bieden op verschillende situaties van afhankelijkheid,

zowel thuis als in een instelling. Daarnaast legt de Waalse regering de klemtoon vooral op thuiszorg. Ze wil de rust- en verzorgingstehuizen voorbehouden voor de meest afhankelijke ouderen en voor de anderen moet er een betere tenlasteneming komen op vlak van thuiszorg, zorgcentra en centra voor kortverblijven.

### **Brussel: een plan op maat van de Brusselaars?**

Een multiculturele bevolking, een institutioneel kluwen, een aparte zorgconsumptie, ...: Brussel is duidelijk een geval apart in het zorglandschap. Daarom bekleedt het **'Brussels Plan voor de Gezondheidszorg'** een prominente plaats in de beleidsverklaring van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC). Dit plan moet de noden van de Brusselaars op vlak van gezondheidszorg op een efficiëntere manier aanpakken. Het beoogt onder meer de uitbouw van verzorgingsnetwerken met een nadruk op thuis- en buurtzorg, een centrale plaats van de patiënt in het zorgbeleid, de integratie van een overlegplatform tussen alle zorgactoren en de actieve ondersteuning van de digitalisering van de gezondheidszorg. Naast dit plan besteedt de GGC in haar beleidsverklaring ook veel **aandacht aan de hulpverlening voor ouderen**, een bevoegdheidsdomein dat het geërfd heeft in het kader van de 6e Staatshervorming. Zo komt er een studie naar de mogelijke invoering van een zelfstandigheidsverzekering die de keuze voor zelfstandig thuis wonen moet ondersteunen via de huisartsen, diensten voor thuisverzorging, eerstelijnszorg, ... Daarnaast zal de GGC ook alternatieven voor het rusthuis ondersteunen en ontwikkelen, evenals het huidige aanbod van de rust- en verzorgingstehuizen aanpassen. Andere opvallende beleidslijnen zijn onder meer de ontwikkeling van de **gezondheidspromotie en**

**-preventie voor alle Brusselaars**, een nieuwe regeling voor de erkenning van thuiszorgvoorzieningen die zich toeleggen op 'thuishospitalisatie' en een nieuw beleid voor de erkenning van ziekenhuisstructuren en -diensten (gebaseerd op de internationale accreditatie). Net als in Wallonië zal er trouwens ook een OIP gecreëerd worden die deze oude én nieuwe bevoegdheden zal beheren.

### **Duitstalige Gemeenschap: autonomie vergroten**

De Duitstalige Gemeenschap onderstreept haar streven naar een grotere autonomie. Tegelijkertijd legt het regeerakkoord de klemtoon op **een goede samenwerking met de federale en Waalse regering.** In het kader van de 6e Staatshervorming staan vooral coherente strategieën, administratieve vereenvoudiging en een zoektocht naar een synergie met het bestaande beleid centraal. In 2030 zal een kwart van de bevolking uit de Duitstalige Gemeenschap 65 jaar of ouder zijn. Dat heeft een invloed op het ouderenbeleid en op het gezondheidsbeleid in het algemeen. De Duitstalige Gemeenschap wil **de nabijheid van gezondheidsdiensten voor haar inwoners garanderen** en ook de ambulante hulpverlening versterken middels efficiëntere hulpstructuren. Concreet wil de regering inspanningen leveren voor de **twee grote ziekenhuizen (Eupen en Sankt Vith)** door de samenwerking en de synergiën tussen deze instellingen te stimuleren. Ook de samenwerking met referentiecentra staat hoog op de agenda. Daarnaast wil ze naar **oplossingen zoeken voor het groeiende tekort aan huisartsen** door onder meer de gezondheidsberoepen op te waarderen.





## Alcoholconsumptie Welke rol voor de eerste lijn?

Oudejaarsavond zonder alcohol? Het is moeilijk voor te stellen. Op elk zichzelf respecterend feestje is het dé sfeermaker bij uitstek. Hoewel alcohol een integraal deel is van ons sociale leven, blijft het overmatige gebruik ervan echter een groot probleem voor de volksgezondheid. Huisartsen en alle eerstelijnsactoren hebben dan ook een rol te vervullen bij de opsporing van patiënten die te vaak naar de fles grijpen. Een mentaliteitswijziging is aan de gang, maar bepaalde vooroordelen blijven bestaan.

Het is een feit: alcohol maakt deel uit van onze cultuur. Ons Belgisch bier is zelfs op weg om in 2015 UNESCO-erfgoed te worden. De meeste Belgen drinken gelukkig met mate en kennen hun grenzen. Alcohol kan echter ook schadelijk en risicovol zijn. Zo drinkt 1 op de 10 Belgen te veel en doet 12% van de jongeren tussen 15 en 24 jaar regelmatig aan 'binge drinking' (op een recordtijd enorme hoeveelheden alcohol verzetten). Verslaving, bijwerkingen, sociale isolatie, gezinsgeweld, arbeidsongevallen, ...:

de gevolgen voor onze maatschappij zijn niet te overzien. "Meer dan een miljoen Belgen kampt met een alcoholprobleem", zegt Dr. Thomas Orban, huisarts en verantwoordelijke van de cel Alcoholologie van de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). "De huisarts en de apotheker zijn de personen waarmee de patiënt het meest contact heeft en met wie hij de beste vertrouwensband heeft. Logisch dus dat deze eerstelijnsverzorgers het best geplaatst zijn om alcoholproblemen aan te pakken."

...

### Schadelijk, risicovol of verslavend?

Alcoholconsumptie kan je meten in het aantal grammen alcohol of het aantal glazen. Een standaardglas bevat ongeveer 10g pure alcohol. Volgens de criteria van de WGO wordt drankgebruik als 'risicovol' beschouwd als een vrouw meer dan 2 glazen alcohol per dag drinkt (14 per week) en een man 3 glazen per dag (21 per week), zonder dat er schijnbaar schade is door deze alcoholconsumptie. Het alcoholgebruik wordt 'schadelijk' als de persoon nefaste gevolgen ondervindt (gastro-oesofagale reflux, slaapproblemen, angst, depressie,...) die veroorzaakt worden door zijn alcoholconsumptie, hoe groot die ook is. Binge drinking slaat dan weer op de consumptie van minstens 60g alcohol op één avond. Tot slot komt alcoholverslaving overeen met een combinatie van fysiologische, gedrags- en cognitieve fenomenen, waarbij de consumptie van alcohol allesoverheersend en prioritair wordt.

## Enkele minuten maken het verschil

Roken is één van de klassiekers op het afvinklijstje van onze huisarts, maar alcoholconsumptie niet. Volgens een enquête van de commissie Alcoholologie van de SSMG in 2011 vraagt slechts 1 op de 2 artsen systematisch naar de alcoholconsumptie bij de anamnese van een patiënt of bij het updaten van zijn dossier. Sinds 2011 is er veel vooruitgang geboekt, maar er is nog een hele weg af te leggen. “De huisartsen hebben een enorme sprong voorwaarts gemaakt”, legt Dr. Orban uit. “Opsporen of iemand tot een bepaalde categorie van drinkers behoort, is echter nog steeds geen automatisme. Veel tijd vraagt het nochtans niet.

In de meeste gevallen volstaan twee luttele minuten om de alcoholschade te kunnen beperken. In een toekomstige publicatie van de OECD wordt dit bevestigd.”

De eerstelijnsactoren moeten slechts enkele gestandaardiseerde vragenlijsten in het achterhoofd houden. Met de eerste drie vragen van de Audittest (Alcohol Use Disorders Identification Test) krijg je bv. al een vrij goed idee van de frequentie van de consumptie, de normale dagelijkse hoeveelheid en de frequentie van de periodes van overmatig gebruik. Op basis van die resultaten kan je de patiënt dan tonen in welke categorie van verbruik hij zich bevindt en kan je hem informeren over de risico's die hij hierdoor loopt.

## Vooroordelen

Tijdsgebrek, onvoldoende opleiding, de vrees om te veel te pushen, de overtuiging dat de patiënt er niet voor open zal staan: dat zijn de obstakels die artsen het vaakst aanhalen voor een opsporing van alcoholmisbruik. “Er bestaan nog heel wat vooroordelen”, legt Dr. Thomas Orban uit. “Zo is er een ‘treatment gap’: we weten dat slechts 15% van de verslaafden gediagnosticeerd wordt en dat slechts 8 à 10% ook echt behandeld wordt. Een groot verschil met depressie, waarbij 65% van de patiënten behandeld wordt. Op het lijstje komen zelfs schizofrenie en bipolaire aandoeningen nog voor alcoholverslaving, de minst behandelde aandoening van allemaal. Veel artsen gebruiken bovendien het argument dat alcoholverslaafden hun probleem niet willen aanpakken, dat ze daar niet voor open staan... Alcoholverslaving heeft echter niets te maken met willen of kunnen. Het is een geestelijke of lichamelijke verslaving, soms zelfs een combinatie van beide.”

Slechts 1 op de 2 artsen vraagt systematisch naar de alcoholconsumptie bij de anamnese van een patiënt.

“Als alle huisartsen de alcoholkwestie zouden aankaarten, zou dat een grote stap voorwaarts betekenen. Hetzelfde geldt voor de apothekers, verpleegkundigen, psychosociale werkers, enz. Gezondheidskwesties beperken zich niet tot artsen alleen!” De Algemene Pharmaceutische Bond (APB) is het hier duidelijk mee eens. De laatste jaren is het beroep van apotheker steeds meer geëvolueerd

in de richting van advies en dienstverlening aan de patiënten. “Het is zeker niet de verantwoordelijkheid van de apotheker om verslavingen aan te pakken, maar hij kan wel zijn steentje bijdragen”, vertelt Alain Chaspierre, secretaris-generaal van de APB. Dankzij het farmaceutisch

dossier en het gedeeld farmaceutisch dossier, beschikt de apotheker over een volledig overzicht van de geneesmiddelen die de patiënt neemt. Het is zijn taak om de aandacht van de patiënt te vestigen op het feit dat de combinatie van bepaalde geneesmiddelen met alcohol gevaarlijk kan zijn. Bovendien ligt de toekomst in een betere organisatie van de eerstelijnsverzorging. De meeste reflecties over een multidisciplinaire aanpak gebeuren in silo's, maar er zijn interdisciplinaire reflecties nodig waarbij iedereen analyseert wat hij kan bijdragen en er samen naar een coherente aanpak wordt gezocht.



**Nathalie Renna**

nathalie.renna@mloz.be

## Online begeleiding

Sinds 2011 biedt de site [www.alcoholhulp.be](http://www.alcoholhulp.be) een brede waaier aan hulpmiddelen aan voor zowel problematische drinkers, hun naaste omgeving als hulpverleners. Dit platform is een gezamenlijk initiatief van CAD Limburg en Drughulp Kempen, dat verder wordt ondersteund door de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. Alcoholverslaafde mensen kunnen er met een zelfhulpprogramma anoniem en zelfstandig aan de slag om hun drinkgewoontes te veranderen, maar ze hebben ook de mogelijkheid om wekelijks contact te hebben met professionele hulpverleners via chat of online berichten. Daarnaast kunnen de hulpverleners de opdrachten van de deelnemers opvolgen, afspraken maken, chatten, ... Dat alles verloopt via een beveiligde verbinding, waardoor de privacy van de deelnemers niet in het gedrang komt!



## Patiënten-educatie bij (pre)diabetes: een noodzakelijke investering

Bij mensen met prediabetes kan therapeutische patiënten-educatie de kans op het ontwikkelen van diabetes type 2 verkleinen met 51 tot 58%. Een vroegere preventie van de ziekte lijkt dus onontbeerlijk voor het gezondheidszorgbeleid. Maar zijn dergelijke begeleidingsprogramma's wel kosteneffectief op lange termijn? En kan onze gezondheidszorg zich zo'n investering veroorloven? De Onafhankelijke Ziekenfondsen zochten het uit in een nieuwe vergelijkende studie!

Verscheidende wetenschappelijke studies laten er geen twijfel over bestaan: therapeutische educatie helpt om de bloedsuikerwaarden bij mensen met diabetes type 2 onder controle te houden. Meer zelfs, mensen met prediabetes (verstoorde glucosetolerantie) kunnen op die manier hun risico op het ontwikkelen van de ziekte terugdringen met 51 tot 58%. Om in ons land in aanmerking te komen voor terugbetaalde ondersteuning door een diabetes-educator, moet de ziekte echter al vrij vergevorderd zijn en moet de patiënt al verschillende medische therapieën hebben uitgeprobeerd. In sommige landen krijgen mensen met diabetes type 2 dergelijke

ondersteuning dan weer terugbetaald vanaf de diagnose van de ziekte. Welke optie is de beste? En is de kosteneffectiviteit van patiënten-educatie groot genoeg om er nog meer in te investeren? Om die vragen te beantwoorden, hebben de Onafhankelijke Ziekenfondsen in samenwerking met de KU Leuven en de UGent een vergelijkende analyse gemaakt rond dit onderwerp.

### Kosteneffectief op lange termijn?

Om de betaalbaarheid van patiënten-educatie na te gaan, werden 17 economische evaluaties over dergelijke programma's

in de westerse gezondheidszorg geanalyseerd. Dit systematische literatuuronderzoek toonde aan dat de gemiddelde incrementele kosten-effectiviteitsratio (ICER<sup>1</sup>, zie onderaan) 18.000 euro per QALY<sup>2</sup> (zie onderaan) bedraagt bij prediabetes. Bij diabetes type 2 kost intensieve leefstijlbegeleiding per QALY dan weer 29.700 euro (zie figuur 1). Ter vergelijking: nieuwe therapieën met een ICER onder de 50.000 euro per QALY worden in de westerse landen over het algemeen als betaalbaar beschouwd. Zeker patiënten-educatie bij prediabetes bleek dan ook in meerdere studies kostenbesparend te zijn op lange termijn.

## Meer dan 4.500 euro per jaar

Dankzij een klinische studie naar de effectiviteit van telecoaching van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in samenwerking met de KU Leuven, beschikken we wel over de diagnostische gegevens van de deelnemers.

De gemiddelde leeftijd van de deelnemers was 64 jaar. Mensen met zware bijkomende pathologieën en/of boven 75 jaar kwamen niet in aanmerking. De diagnose van diabetes type 2 werd gemiddeld 7 jaar geleden gesteld en 38% leed minstens aan één bijkomende chronische aandoening.

De gemiddelde kosten voor de ziekteverzekering bedroegen 4.522 euro per jaar per patiënt. Bij patiënten zonder bijkomende chronische aandoeningen ging het om 3.357 euro en bij mensen met één bijkomende chronische aandoening steeg dat bedrag tot 4.750 euro. Bij mensen met twee en drie bijkomende chronische aandoeningen ging het respectievelijk om 7.303 euro en 9.868 euro.

**Conclusie: de hoge extra kosten van elke bijkomende chronische aandoening benadrukken het belang van vroege preventie bij diabetes type 2.**

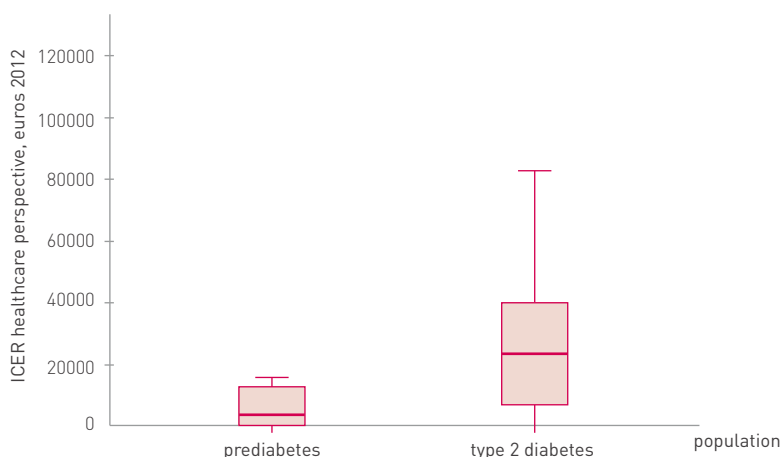
## Preventieprogramma's rond diabetes

De meeste economische analyses over prediabetes waren gebaseerd op een Amerikaans programma rond diabetespreventie bij meer dan 3.000 mensen over een periode van 3 jaar. Dat is het langste programma rond patiënten-educatie bij prediabetes tot op vandaag, waarin zowel de klinische als de economische gevolgen van het preventieprogramma nauwkeurig werden verzameld. Het programma richtte zich vooral op de motivatie van de deelnemers tot een aanpassing van de leefstijl met het oog op 150 minuten lichaamsbeweging per week. De opvolging van de gezondheidseffecten en de kosten loopt nog altijd, maar de positieve resultaten van de 10-jarige observatie zijn al gepubliceerd. Daaruit blijkt dat de implementatie van het programma de grootste kosten met zich meebrengt, terwijl het therapeutische effect pas voelbaar wordt na 3 jaar. Kortom, economische studies over diabetes type 2 die geen aandacht hebben voor de gevolgen op lange termijn, zijn niet echt zinvol.

De studies over patiënten-educatie bij diabetes type 2 die we onder de loop namen, kwamen vooral uit Groot-Brittannië, de VS, Nederland en Australië. Het ging meestal om een begeleidingsperiode van een jaar die gericht was op lichaamsbeweging, voeding,

**Figuur 1**

Boxplots van de incrementele kosten-effectiviteits ratio's in euro (2012) per gewonnen QALY van patiënten-educatie bij prediabetes en diabetes type 2, vanuit het perspectief van het gezondheidszorgsysteem.



opvolging van diabetes en soms ook aanpassingen van medicamenteuze therapie. Om het budget voor de gezondheidszorg beter te gebruiken, zal het in de toekomst vooral belangrijk zijn om de subgroepen te identificeren die de grootste meerwaarde uit de begeleiding halen.

## Nood aan vroegere preventie

Op basis van deze analyse kunnen we dus stellen dat therapeutische educatie zowel bij prediabetes als diabetes type 2 kosteneffectief kan zijn. De 'return on investment' van begeleidingsprogramma's is echter groter bij mensen met prediabetes (vóór de diagnose).

Het is wel mogelijk dat de implementatie van dergelijke programma's in ons land voor een verschillend resultaat zorgt vanwege een andere organisatie en financiering van de zorg. De kosteneffectiviteit is dan ook niet het enige criterium bij de beslissing over een mogelijke terugbetaling. De resultaten van de studie tonen echter wel aan dat de nadruk nog meer moet komen te liggen op de vroegere preventie van diabetes type 2 (efficiënte screeningsmethodes met optimale re-test frequenties). Als de diagnose gesteld is, moet er dan weer gezocht worden naar de meest kosteneffectieve vormen van educatie.



**Irina Odnoletkova**

Projectverantwoordelijke Innovatie bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen

## Standpunt Onafhankelijke Ziekenfondsen

### Screening en educatie zijn onontbeerlijk

Naar aanleiding van deze studie ijveren de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor:

- Efficiënte screeningscampagnes om personen met prediabetes en diabetes type 2 te kunnen identificeren
- Patiënten-educatie voor personen met prediabetes en diabetes type 2, gericht op meer inzicht in de ziekte, therapietrouw en aanpassingen van de leefstijl
- Verschillende vormen van educatie op maat, o.a. programma's die rekening houden met bijkomende chronische aandoeningen
- Meer samenwerking tussen universiteiten en beleidsmakers om evidence-based programma's aan te bieden

1 ICER is het verband tussen het geschatte verschil qua kostprijs van twee behandelingen en het geschatte verschil tussen die twee behandelingen op vlak van resultaat. Het is de algemeen aanvaarde maatstaf in de gezondheidseconomie om de kosteneffectiviteit van een behandeling of ingreep te meten.

2 QALY is een maatstaf voor de gezondheidsstatus die de kwaliteit en de kwantiteit van het leven integreert en een vergelijking van gezondheidswinst voor verschillende pathologieën en interventies mogelijk maakt. Een ingreep die een jaar in goede gezondheid mogelijk maakt, komt overeen met een QALY van 1, een ingreep met de dood tot gevolg komt overeen met een QALY van 0.



Hypertensie & therapietrouw

# Alles kan beter

**1 op de 4 mensen met hypertensie volgt zijn therapie niet zoals het hoort. Bij een behandeling met bètablokkers loopt dat aantal zelfs op tot een op de twee. Dat is één van de opvallendste resultaten uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen bij hun 385.331 leden met hypertensie.**

Een hoge bloeddruk is een groot probleem voor de volksgezondheid. Het is namelijk de meest voorkomende chronische ziekte met bijna 2 miljoen patiënten in België, dat is 1 op de 5 personen. Door de vergrijzing van de bevolking en de evolutie van de leefgewoonten, zou dit cijfer zelfs kunnen oplopen tot 3 miljoen personen in 2025 (volgens

de Belgische Cardiologische Liga). Hypertensie is bovendien een van de voornaamste risicofactoren voor hart- en vaatziekten, de voornaamste doodsoorzaak in België (45% van de overlijdens).

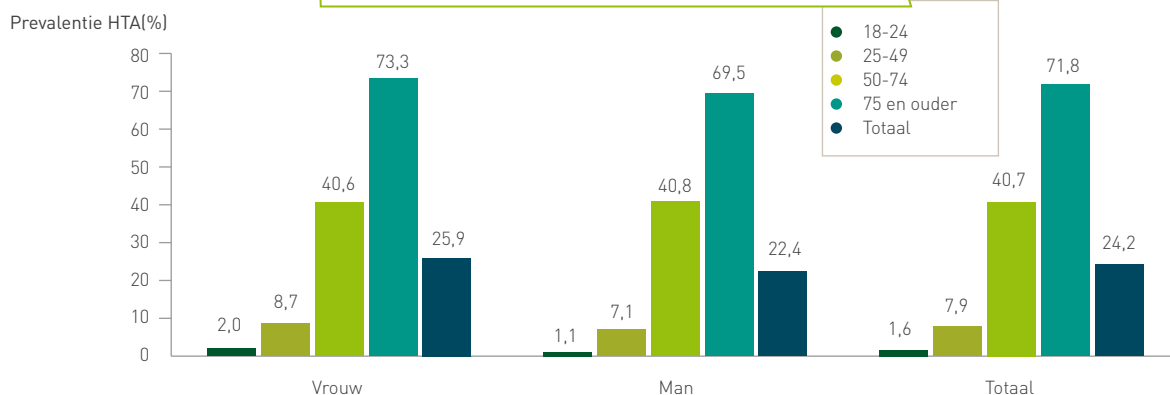
## Povere therapietrouw

In het beginstadium doen zich bij hypertensie nauwelijks symptomen

voor. Die bijzonderheid is een van de factoren die kunnen verklaren waarom de patiënten slordig omgaan met hun behandeling (of deze zelfs vroegtijdig afbreken). Meerdere studies tonen namelijk aan dat hypertensie een van de aandoeningen is met de laagste therapietrouw. Geen wonder dus dat het de voornaamste oorzaak is

Grafiek 1

Prevalentie HTA per leeftijdsgroep en geslacht (MLOZ, 2012)



**Tabel 1**

Aantal chronische ziektes bij hypertensiepatiënten (MLOZ, 2012)

| Aantal chronische ziektes, bovenop HTA | Aantal         | %            |
|----------------------------------------|----------------|--------------|
| Geen: alleen HTA                       | 226.671        | 58,8         |
| 1 bijkomende chronische ziekte         | 113.334        | 29,4         |
| 2 bijkomende chronische ziektes        | 34.558         | 9,0          |
| Meer dan 2 bijkomende ziektes          | 10.768         | 2,8          |
| <b>Totaal</b>                          | <b>385.331</b> | <b>100,0</b> |

van hart- en vaatziekten.

Het doel van de studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen was om de kenmerken te analyseren van leden die gebruik maken van antihypertensiva (AHT's) én om een beeld te krijgen van de manier waarop deze ziekte behandeld wordt. De studie is gebaseerd op de terugbetalingsgegevens van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in het kader van de verplichte verzekering. Al wie minstens één AHT gekregen heeft in 2012 (ATC-codes: C02, C03, C07, C08 en C09), werd in de studie beschouwd als

een hypertensiepatiënt (al kunnen sommige AHT's ook gebruikt worden voor andere indicaties dan hypertensie).

### Leeftijd, geslacht en prevalentie

In 2012 kreeg 1 op de 4 personen van 18 jaar en ouder (24%) een behandeling met een AHT (grafiek 1). Dit percentage is iets hoger bij vrouwen (25,9% vs 22,4% bij mannen). Los van het geslacht stijgt de prevalentie van hypertensie naarmate de leeftijd toeneemt, om op te lopen tot 40% bij mensen tussen 50 en 74 jaar en 70%

bij mensen vanaf 75 jaar. De prevalentie is duidelijk minder groot bij de lagere leeftijdsgroepen.

### Comorbiditeiten

Bij 59% van de mensen met een hoge bloeddruk is hypertensie de enige chronische ziekte. 29% lijdt nog aan 1 andere chronische ziekte, terwijl 9% nog 2 andere chronische ziekten heeft en 3% zelfs meer dan 2 andere chronische aandoeningen (tabel 1).

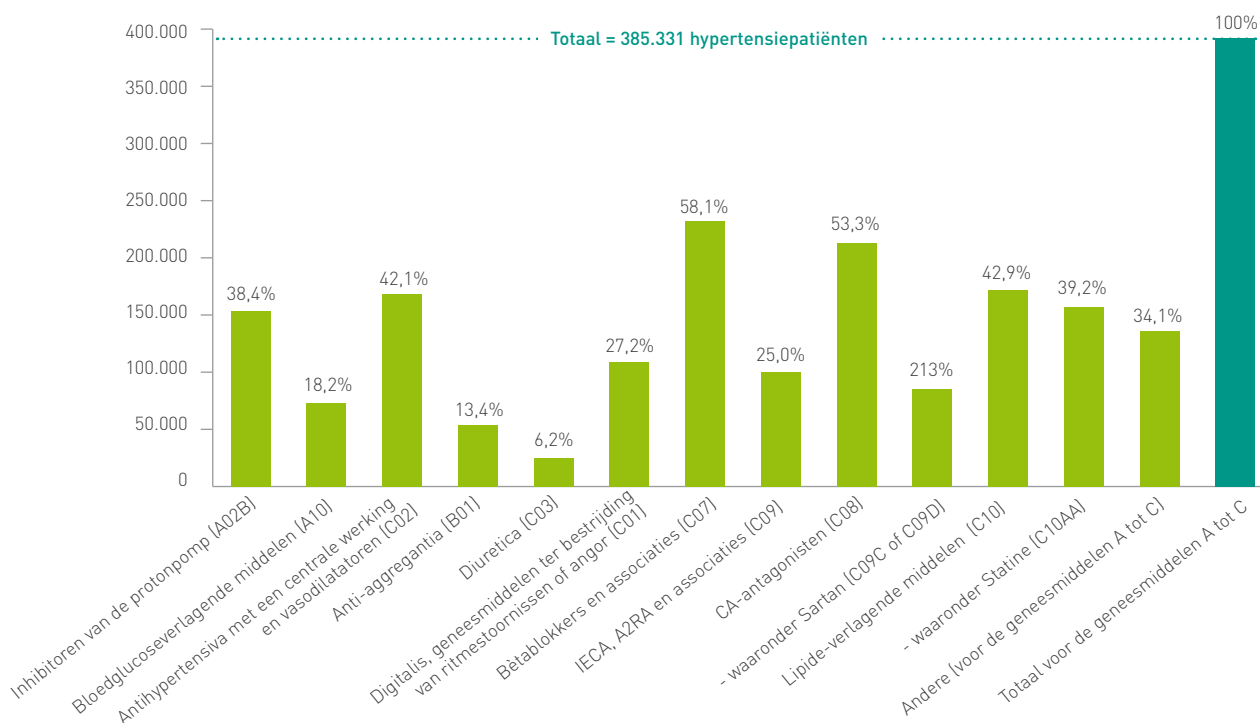
De chronische ziekten die het vaakst gepaard gaan met hypertensie zijn depressie (15,3%), diabetes (14,7%), een hartziekte - na een eerste bewezen incident - (9,4%) en astma (7,8%).

### Geneesmiddelen afgeleverd aan hypertensiepatiënten

Als we de AHT-consumptie analyseren, samen met die van

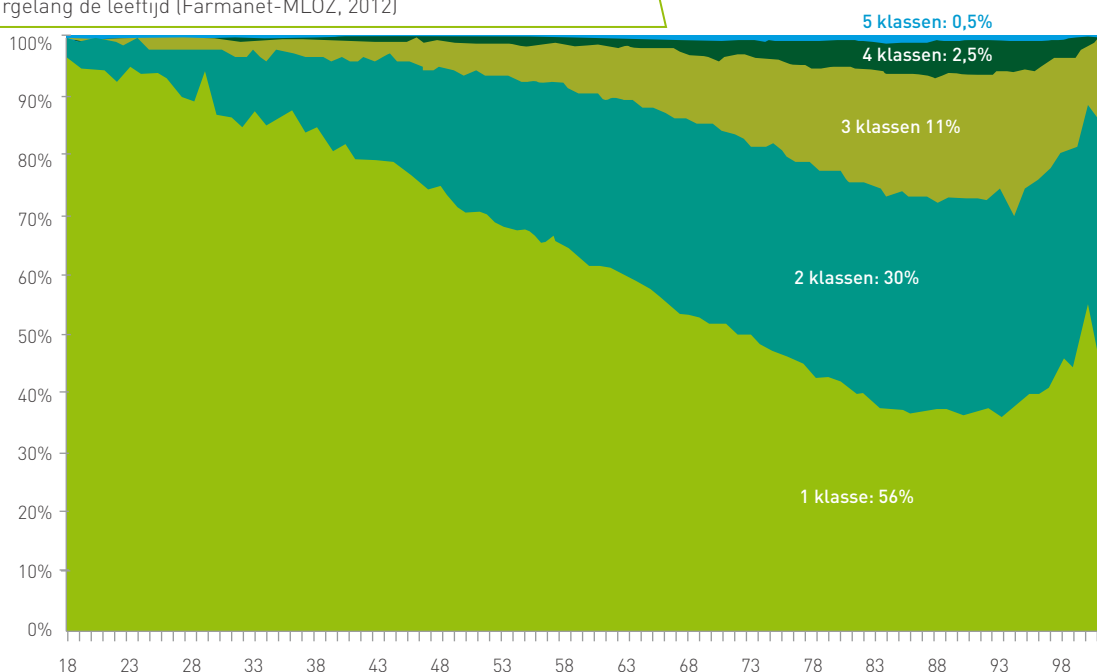
**Grafiek 2**

Aantal en % van de hypertensiepatiënten die de geselecteerde geneesmiddelen geconsumeerd hebben (MLOZ, 2012)



Grafiek 3

Aantal voorgeschreven geneesmiddelen per patiënt uit de klassen AHT, naargelang de leeftijd (Farmanet-MLOZ, 2012)



geneesmiddelen die vaak tegelijk voorgeschreven worden of die bedoeld zijn om aan primaire of secundaire preventie van hartaandoeningen te doen (grafiek 4), stellen we het volgende vast:

- **de AHT's die het vaakst voorgeschreven worden, zijn bètablokkers en associaties (58%)**, alsook de IECA, A2RA en hun associaties (53%). Aan 1 op de 4 hypertensiepatiënten worden diuretica en calciumantagonisten voorgeschreven;
- 43% van de hypertensiepatiënten gebruikt lipide-verlagende middelen en vooral statines (voorgeschreven tegen hypercholesterolemie);

- 42% gebruikt anti-aggregantia (vooral acetylsalicylzuur, 28%), aangewezen bij een risico op trombose;
- 38% gebruikt inhibitoren van de protonpomp, aangewezen bij maag- en darmzweren en reflux
- 18% gebruikt bloedglucoseverlagende middelen, aangewezen bij diabetes;
- 13% gebruikt geneesmiddelen die voorgeschreven worden in het kader van een hartziekte (digitalis, geneesmiddelen ter bestrijding van ritmestoornissen of angor).

**De meerderheid van de hypertensiepatiënten (56%) gebruikte**

**slechts één klasse van AHT's**, met een licht verschil tussen vrouwen (57%) en mannen (54%). Uit grafiek 3 blijkt ook dat 30% van de hypertensiepatiënten gebruik heeft gemaakt van AHT's uit 2 verschillende klassen en dat het aandeel van de hypertensiepatiënten dat een behandeling volgt met meerdere AHT's oploopt tot de leeftijd van 85 jaar, om dan te dalen.

Aan 1 op de 4 hypertensiepatiënten (24%) werden uitsluitend bètablokkers en associaties voorgeschreven, 19% kreeg alleen IECA's, A2RA's en associaties, 13% kreeg zowel bètablokkers en associaties als IECA's, A2RA's en associaties, 7% kreeg diuretica en

...

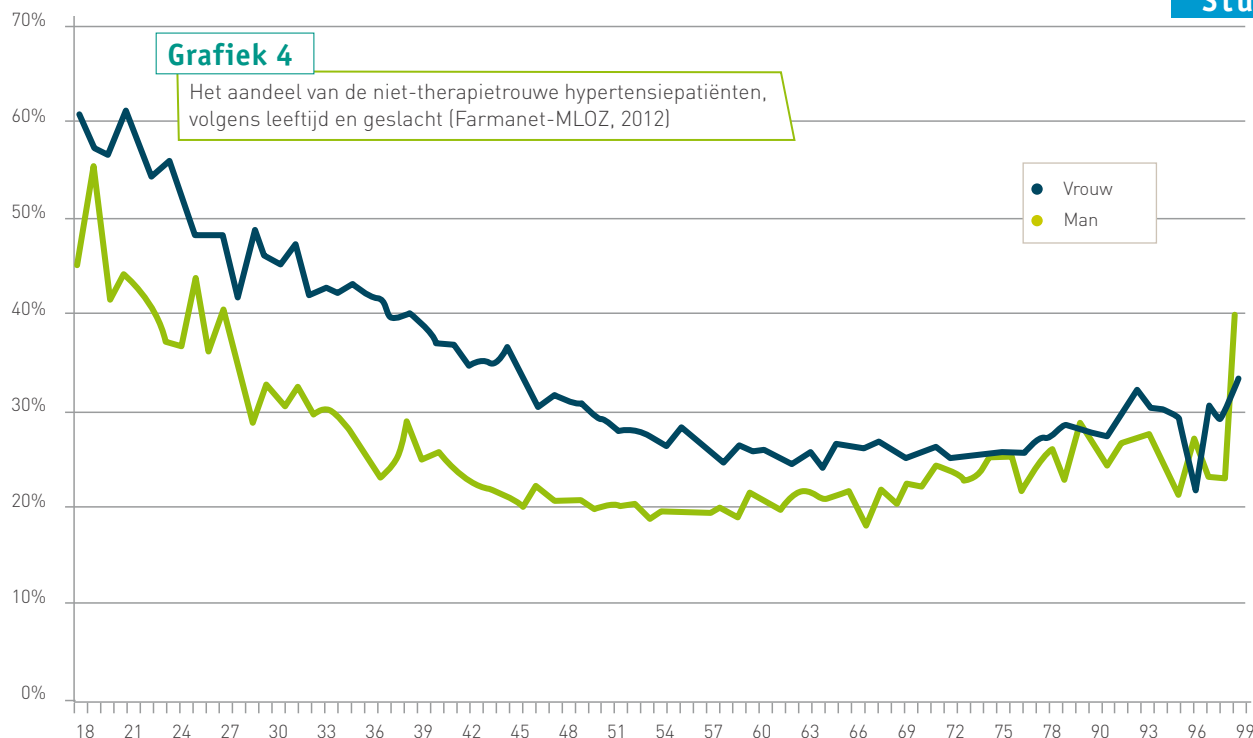
Tabel 2

Het aandeel van de voorgeschreven AHT-klasse (Farmanet - MLOZ, 2012)

| Combinaties van AHT-klasse (ATC-code)                      | Vrouw       | Man         | Totaal      |
|------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Bètablokkers en assoc. [C07]                               | 27%         | 21%         | 24%         |
| IECA, A2RA en assoc. [C09]                                 | 15%         | 23%         | 19%         |
| Bètablokkers en assoc. [C07] en IECA, A2RA en assoc. [C09] | 11%         | 15%         | 13%         |
| Diuretica [C03]                                            | 9%          | 4%          | 7%          |
| Calciumantagonisten [C08]                                  | 5%          | 6%          | 5%          |
| Andere combinaties van klassen                             | 33%         | 31%         | 32%         |
| <b>Totaal</b>                                              | <b>100%</b> | <b>100%</b> | <b>100%</b> |

Grafiek 4

Het aandeel van de niet-therapietrouwe hypertensiepatiënten, volgens leeftijd en geslacht (Farmanet-MLOZ, 2012)



5% calciumantagonisten (tabel 2).

### Therapietrouw antihypertensiva (AHT)

De verhouding tussen het aantal voorgeschreven tabletten tijdens een welbepaalde periode, gedeeld door het theoretische aantal tabletten bij een perfecte terapietrouw, levert een ratio op die als basis dient voor de bepaling van de terapietrouw. In de literatuur wordt voor deze ratio vaak een waarde gekozen die gelijk is aan (of hoger dan) 80% om te stellen dat de terapietrouw goed is. Wij hebben ons ook op dit percentage gebaseerd voor de

bepaling van de niet-therapietrouw. We zijn er overigens van uitgegaan dat alle terugbetaalde tabletten

**43% van de hypertensiepatiënten gebruikt lipide-verlagende middelen en vooral statines (voorgeschreven tegen hypercholesterolemie)**

ook echt gebruikt zijn. Om zo eenvoudig mogelijk te werken, hebben we er ook de voorkeur aan

gegeven om ons voor deze analyse alleen te baseren op de hypertensiepatiënten aan wie slechts één klasse van AHT afgeleverd werd door de openbare officina's.

Grafiek 4 toont het percentage van de niet-therapietrouwe individuen bij de hypertensiepatiënten met één AHT-klasse, afgeleverd door de openbare officina's. De niet-therapietrouw voor AHT's is, ongeacht het geslacht, opvallend hoog bij de jongste leeftijdsgroepen. Daarna is er een daling tot de leeftijd van 60 à 65 jaar, waarna we opnieuw een lichte stijging krijgen. We stellen ook vast dat vrouwen minder terapietrouw zijn dan mannen tot de leeftijd van 60 jaar.

Tabel 3

Niet-therapietrouw volgens de AHT-klasse (FarmaNet-MLOZ, 2012)

| AHT-klassen                                    | Leden met één AHT-klasse     |               |                    |               |                                        |
|------------------------------------------------|------------------------------|---------------|--------------------|---------------|----------------------------------------|
|                                                | Individen, behandeld met AHT |               | Niet-therapietrouw |               | % van de niet-therapietrouwe patiënten |
|                                                | Aantal                       | %             | Aantal             | %             |                                        |
| Centraal werkende AHT's en vasodilatoren (C02) | 909                          | 0,4%          | 262                | 0,5%          | 28,8%                                  |
| Diuretica (C03)                                | 26.313                       | 12,3%         | 5.206              | 9,1%          | 19,8%                                  |
| Bètablokkers en associaties (C07)              | 94.309                       | 44,1%         | 45.904             | 80,4%         | 48,7%                                  |
| Antagonisten CA (C08)                          | 20.851                       | 9,8%          | 2.441              | 4,3%          | 11,7%                                  |
| IECA, A2RA en associaties (C09)                | 71.328                       | 33,4%         | 3.257              | 5,7%          | 4,6%                                   |
| <b>Totaal</b>                                  | <b>213.710</b>               | <b>100,0%</b> | <b>57.070</b>      | <b>100,0%</b> | <b>26,7%</b>                           |

**Het globale percentage van de niet-therapietrouw voor de AHT-behandeling bedraagt 26,7%.**

Met andere woorden, ongeveer 1 op de 4 hypertensiepatiënten is niet-therapietrouw. Uit tabel 3 blijkt dat de terapietrouw groter is bij de hypertensiepatiënten die gebruik maken van IECA's, A2RA's en associaties (slechts 4,6% houdt zich niet aan zijn behandeling), bij de calciumantagonisten (11,7% van de patiënten volgt zijn therapie niet zoals het hoort) of bij de diuretica (waar 19,8% zich niet aan zijn behandeling houdt). We hebben daarentegen vastgesteld dat bijna de helft van de hypertensiepatiënten met bètablokkers en associaties (49%) het niet te nauw neemt met zijn behandeling.

**De factoren die bijdragen tot de niet-therapietrouw** werden geanalyseerd aan de hand van een binomiaal regressiemodel. De voornaamste factoren zijn:

- **De leeftijd:** de hypertensiepatiënten tussen 25 en 49 jaar en de oudste leeftijdsgroep (ouder

dan 75 jaar) zijn duidelijk meer geneigd om zich niet aan hun AHT-behandeling te houden dan hypertensiepatiënten in de leeftijdsgroep van 50-74 jaar: ze hebben respectievelijk 30% en 20% meer kans dat ze zich niet aan hun behandeling zullen houden. Bij de jongste leeftijdsgroep (18-24 jaar) is het risico twee keer hoger.

- **Geslacht:** niet-therapietrouw komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (20% meer risico).
- **Comorbiditeit:** hoe hoger het aantal comorbiditeiten, hoe groter de kans dat de hypertensiepatiënten het niet te nauw zullen nemen met hun AHT-behandeling. Een hypertensiepatiënt met meer dan 2 bijkomende aandoeningen, heeft 30% meer kans dat hij zich niet zal houden aan zijn behandeling dan een hypertensiepatiënt die 'alleen' een hoge bloeddruk heeft.
- **Kostprijs:** hoe hoger het bedrag van de geneesmiddelenuitgaven ten laste van de patiënt, hoe

waarschijnlijker dat de patiënt zich niet zal houden aan de behandeling. Als een hypertensiepatiënt meer dan 200 euro per jaar moet betalen voor zijn geneesmiddelen tegen hart- en vaatziekten, is het risico 20% hoger dat hij zich niet aan zijn behandeling zal houden dan bij een hypertensiepatiënt die minder dan 100 euro betaalt.

- **AHT-klasse:** hypertensiepatiënten die behandeld worden met bètablokkers, hebben 4 keer meer kans dat ze zich niet aan hun behandeling zullen houden dan patiënten die behandeld worden met diuretica. De hypertensiepatiënten die gebruik maken van IECA's, A2RA's en associaties of calciumantagonisten zijn daarentegen duidelijk veel meer geneigd om zich aan hun behandeling te houden dan bij de overige AHT-classes.



Güngör Karakaya en Ingrid Umbach

Studiedienst van de  
Onafhankelijke Ziekenfondsen

## De mening van de Onafhankelijke Ziekenfondsen



### Wijzen op het belang van terapietrouw

Met een adequate behandeling van hypertensie die gevolgd wordt zoals het hoort, kunnen verwickelingen aanzienlijk vertraagd of zelfs helemaal vermeden worden. Jammer genoeg laat de terapietrouw te wensen over, waardoor we een hoge prijs betalen op vlak van gezondheid en de kosten die gepaard gaan met deze aandoening.

Om de terapietrouw bij een behandeling met antihypertensiva te verbeteren, raden de Onafhankelijke Ziekenfondsen volgende acties aan:

- **hypertensiepatiënten bewustmaken van het belang van terapietrouw bij elke raadpleging van hun arts.** Het is belangrijk om hun samenwerking en interactieve relatie te versterken vanuit de gemeenschappelijke doelstelling om de bloeddruk onder controle te houden. Het is zeker belangrijk om de jongste leeftijdsgroepen te informeren, die nog geen symptomen vertonen van hypertensie;
- **het gezin en de apotheker betrekken bij de behandeling van hypertensie,** zowel omtrent een gezonde levenswijze als rond de bevordering van de terapietrouw (de inname van de geneesmiddelen op hetzelfde uur plannen, enz.);
- **de patiënt informeren over wat hij moet doen, als hij vergeten is om zijn pilletje te slikken of als hij het geneesmiddel niet goed verdraagt (bijwerkingen);**
- **de begeleidende rol (coaching) van de behandelende arts promoten,** vooral bij mensen die een of meer comorbiditeiten vertonen (risicofactoren voor de niet-therapietrouw).

# Onze studies in een notendop

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



## Vrouwen

vertegenwoordigen

**75%** van de patiënten voor de bileo-

pancreatische derivatie via laparoscopie, én **83%** van de patiënten voor de ingrepen van het type New Gastric Banding.

'De ziekenhuiskosten in geval van bariatrische chirurgie in België', 2012

**5%**

van de patiënten met psychiatische stoornissen worden gedurende meer dan 1 jaar verzorgd in het ziekenhuis,

**2%**

gedurende ... meer dan 5 jaar! De sociale zekerheid betaalt een hoge prijs voor die langdurige verblijven en het hoge aantal psychiatische bedden. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten voor de ontwikkeling van alternatieve zorgformules.

Verblijven in een psychiatische omgeving



**Heelkunde bij een discushernia: hoewel deze techniek uiterst zelden wordt toegepast, kost de percutane nucleotomie (de enige ingreep die uitgevoerd kan worden via daghospitalisatie) 4 keer minder via daghospitalisatie dan bij een klassieke ziekenhuisopname.**



Eén op de 2 rusthuisbewoners (53%) slijkt antidepressiva en 1 op de 3 antipsychotica (36%), tegenover respectievelijk 21% en 7% bij het volledige ledental binnen dezelfde leeftijdsgroep. Bij de aankomst in het rusthuis stijgt het aantal personen dat een behandeling met antidepressiva krijgt met 34%. Bij de personen die behandeld worden met antipsychotica, gaat het zelfs om een stijging van 81%. Deze forse toename zet zich door in de 6 maanden na de opname in het rusthuis.

Analyse van het gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen



Het aanbod aan psychiatische bedden is zeer hoog in België: **144 bedden voor 100.000 inwoners**, wat duidelijk meer is dan in onze buurlanden (100 bedden/100.000 inwoners). In Vlaanderen is het aantal psychiatische bedden het grootst: 14.485 bedden, tegenover 6.582 in Wallonië en 2.217 in Brussel.

Verblijven in een psychiatische omgeving



Ontdek al onze studies op [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

## Hospitalisatiekosten

# Tools voor de patiënt

Jaarlijks krijgt 1 op de 10 Belgen te maken met een ziekenhuisopname. Voor patiënten is het echter niet altijd makkelijk om informatie te vinden over de voorwaarden van een hospitalisatie en het bedrag dat ze aangerekend zal worden. Om hen te helpen bij deze zoektocht, hebben de ziekenfondsen enkele specifieke tools ontwikkeld, in afwachting van het bestaan van een hospitalisatiebestek.

De ziekenfondsen hebben simulators ontwikkeld om de hospitalisatiekosten te berekenen. Hiermee kan een patiënt de hospitalisatiekosten berekenen die de ziekteverzekering niet ten laste neemt. Hieruit groeide het idee van de ziekenfondsen om simulators te ontwikkelen om de hospitalisatiekosten te berekenen. Dankzij deze tools kan een patiënt de hospitalisatiekosten berekenen van een heleboel chirurgische verstrekkingen, rekening houdend met zijn statuut (verhoogde verzekeringstegemoetkoming of niet) en wensen (keuze van het ziekenhuis en het kamertype). Deze gemiddelde kostprijs is een indicatie van wat de patiënt uit eigen zak zou moeten betalen voor zijn ziekenhuisopname. Het bedrag is enerzijds samengesteld uit de som van de remgelden van de farmaceutische, medische, chirurgische en andere verstrekkingen tijdens zijn verblijf en anderzijds de supplementen. Het gaat daarbij voornamelijk om kamer- en ere-loossupplementen, maar ook om

extra comfort of verstrekkingen die niet terugbetaald worden (bepaalde geneesmiddelen of implantaten,...).

## Tarieven vergelijken

Met de simulator van de Onafhankelijke Ziekenfondsen kan de patiënt een gemiddeld bedrag berekenen voor 16 chirurgische verstrekkingen (bevalling, appendicitis, prostaatoperatie,...), die nog eens onderverdeeld zijn in 44 subcategorieën (bevalling langs vaginale weg of via keizersnede, prostaatoperatie met of zonder robot,...).

Deze simulatie wordt berekend op basis van de hospitalisatiefacturen van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen van de voorbije jaren voor chirurgische verstrekkingen, per ziekenhuis en per kamertype. Een nationaal gemiddelde (alle ziekenhuizen waar de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verbleven hebben) dient als vergelijkingspunt.

In de volgende tabel staat een

simulatie voor 2 'anonieme' ziekenhuizen voor een verwijdering van de galblaas die een rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming als resultaat zou kunnen krijgen (MLOZ, gegevens van 2011 en 2012).



**Rudy Van Tienen**

Studiedienst van de  
Onafhankelijke Ziekenfondsen

## Nood aan een hospitalisatiebestek!

Natuurlijk bestaan er 'ziekenhuistarieven', maar de ziekenfondsen stellen dagelijks vast dat de patiënten moeite hebben met de ingewikkelde opnameformulieren die ze vlug moeten ondertekenen op de dag van opname zelf, zonder dat ze altijd de financiële gevolgen kennen van die snelle 'keuzes'. En dan hebben we het nog niet over de afrekeningen... Daarom ijveren de Onafhankelijke Ziekenfondsen voor de ontwikkeling van een bestek vóór de opname voor een geplande ingreep in het ziekenhuis. De huidige informatiesystemen zijn voldoende ontwikkeld om zo'n document op te maken per ziekenhuis, per zorgverlener, per type tegemoetkoming en per kamertype. De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten dan ook voor een verplicht bestek, dat klaar en duidelijk is voor de patiënt VÓÓR zijn opname in het ziekenhuis.

Standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

| Soort ingreep                               |              | Ziekenhuis A | Ziekenhuis B |
|---------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>1-persoonskamer</b>                      |              |              |              |
| Verwijdering van de galblaas (laparoscopie) | TM           | € 145,37     | € 143,41     |
|                                             | Supplementen | € 1.556,19   | € 2.377,04   |
|                                             | Totaal       | € 1.701,57   | € 2.520,46   |
| <b>2- of meerpersoonskamer</b>              |              |              |              |
| Verwijdering van de galblaas (laparoscopie) | TM           | € 153,90     | € 130,15     |
|                                             | Supplementen | € 46,38      | € 101,77     |
|                                             | Totaal       | € 200,28     | € 231,91     |



Ontdek de simulator voor de hospitalisatiekosten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen op [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

## 75%

De meldingstijd bij infecties met het Ebolavirus kon in Nigeria met 75% naar beneden gehaald worden, dankzij een mobiele app die onderzoekers konden gebruiken wanneer ze in contact kwamen met besmette personen.

Le Monde.

## Een 100% praktische website voor de eerstelijnsverzorgers

Het Brussels multidisciplinair gezondheidsnetwerk wil huisartsen en andere eerstelijnsverzorgers sensibiliseren en ondersteunen. Hiervoor ontwikkelden ze een website waarop ze informatie en tools aanreiken voor de multidisciplinaire opvolging van chronische patiënten. Een online helpdesk, een bibliotheek, een agenda, opleidingen, aanbevelingen, multidisciplinaire ontmoetingsplaatsen: een compacte en rijke inhoud ter ondersteuning van de eerstelijnsgezondheidsprofessionals.

[www.rmlb.be](http://www.rmlb.be)

## 736

736 dollar per Belg (ongeveer 594 euro), dat is de som die in 2012 werd uitgegeven voor de aankoop van farmaceutische producten. Daarmee staat ons land op de 3e hoogste plaats in het klassement van de OECD (33 landen).

OECD

## Nanomedicijnen in de strijd tegen kanker

Goed nieuws: er zijn heel wat nieuwe veelbelovende therapeutische middelen ontwikkeld in de strijd tegen kanker. Een ervan zijn nanomedicijnen, capsules die 70 keer kleiner zijn dan rode bloedcellen en die een actieve molecule naar de juiste plaats in het lichaam weten te transporteren om de ziekte doelgericht te kunnen bestrijden. "Op die manier kunnen bijwerkingen, die je vaak bij klassieke chemotherapie ziet, vermeden worden en kan ook het weerstandsfenomeen beter aangepakt worden", legt professor Patrick Couvreur uit, pionier in de biofarmaceutica voor nanogeneesmiddelen. In 40 Europese en Amerikaanse ziekenhuizen zit de klinische studie momenteel in fase 3 en wordt het effect van een van deze nanomedicijnen geëvalueerd op leverkanker die niet reageert op chemotherapie. Uit de eerste resultaten blijkt dat de overlevingskansen van zieken op 18 maanden verdubbeld is.

[www.afp.fr](http://www.afp.fr)



## Geneesmiddelen: meer transparantie bij de klinische studies

Vanaf 1 januari 2015 zullen de rapporten van klinische studies van geneesmiddelen waarvoor een registratie-aanvraag werd ingediend bij de European Medicines Agency (EMA), publiek gemaakt worden. Deze rapporten geven een gedetailleerde analyse van de individuele klinische studies die ingediend zijn in het kader van de gecentraliseerde registratieprocedure. De publicatie gaat door van zodra de Europese Commissie een definitieve toestemming gegeven heeft voor het geneesmiddel. Het grote publiek zal toegang krijgen tot een digitale versie van de rapporten, terwijl het academisch personeel deze gegevens, na identificatie, zal kunnen downloaden.

[www.cbip.be](http://www.cbip.be)

## Mentale gezondheid bij kinderen

# Spelboekje voor meer zelfvertrouwen

De dienst Gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen heeft een ludiek hulpmiddel ontwikkeld om de zelfwaardering te bevorderen bij kinderen tussen 8 en 12 jaar. Een noodzakelijk initiatief in deze tijden van sociale media en het belang van uiterlijke schijn. An Vandeputte, coördinatrice van het project bij onze partner Eetexpert, benadrukt het belang van een gezond zelfvertrouwen bij kinderen.



### Waarom is het belangrijk om de zelfwaardering bij kinderen te bevorderen?

**An Vandeputte** - We herinneren ons wellicht allemaal nog de lessen op school, waar iemand kwam vertellen over de negatieve impact van allerlei stoornissen. Maar 'bang maken voor' helpt niet bij het voorkomen van drugsverslavingen, eetstoornissen of tabaksverslavingen. In de jaren '90 kregen onderzoekers een beter zicht op wat jongeren weerbaarder maakt tegen psychische aandoeningen. Ze ontdekten dat werken aan zelfwaardering, verbondenheid en een kritische geest ten opzichte van de media jongeren beschermt en psychische problemen voorkomt. Een grote stap vooruit, want opvoeders moeten niet meer alles weten over stoornissen, maar vooral werken aan de ontwikkeling van jongeren.

### Welke aspecten moeten vooral aan bod komen?

**A.V.** - Zelfwaardering bevorderen komt vooral neer op het correct leren inschatten van het eigen kunnen: we hoeven geen superman of -vrouw te zijn, maar wel de persoon die we zijn, met onze sterktes en zwaktes. Opvoeders spelen daarbij een rol door op een stimulerende manier met het kind om te gaan. Feedback gericht op het gedrag van het kind en niet op het kind als persoon, benadrukken wat goed gaat en niet wat stroever loopt, het kind helpen om zich met zichzelf te vergelijken (welke vorderingen maak ik?) en niet met anderen, enz.

### Vanaf wanneer start een kind best met het werken rond zelfwaardering?

**A.V.** - Eigenlijk start de ontwikkeling van het zelfbeeld vanaf de geboorte. Al in de eerste levensmaanden ontwikkelt het kind een gevoel over zichzelf door interactie met de verzorgers. Een peuter baseert zijn zelfwaardering op concrete ervaringen: "Ik kan goed voetballen". Hoe ouder het kind wordt, hoe complexer het zelfbeeld: "Ik ben goed in rekenen maar minder in taal, ik hou van zwemmen, ik maak makkelijk nieuwe vrienden, ik heb grote ogen..."

### Wat is de grote meerwaarde van deze aanpak?

**A.V.** - Ons zelfbeeld stuurt ons gedrag, en dus ook hoe anderen op ons reageren en welke feedback we krijgen. Als we geloven dat we ergens goed in zijn, ondernemen we meer én krijgen we meer positieve feedback, wat ons weer doet groeien. Dat creëert een opwaartse spiraal, en dit zowel op school als thuis.

Interview door **Annemie Coëme**  
Expert Gezondheidspromotie



Het spelboekje 'Hé, ik ben helemaal oké!' werd ontwikkeld door de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Eetexpert. U kunt gratis een of meerdere exemplaren verkrijgen door een mailtje te sturen naar [gezondheidspromotie@mloz.be](mailto:gezondheidspromotie@mloz.be) of een bestelling te plaatsen op [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

# Voor een universele toegang tot tandzorg

Sinds september bundelen de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Tandartsen van de Wereld de krachten bij de uitbouw van een tandartsenkabinet in Brussel. Dat project moet preventieve tandzorg toegankelijker maken voor daklozen en de meest kwetsbare groepen. Health Forum voelde voorzitter Sonja Depret en vicevoorzitter Françoise Nihard van Tandartsen van de Wereld aan de tand over deze nijpende problematiek!

## Hoe problematisch zijn tandproblemen bij kwetsbare groepen?

**Sonja Depret** - Heel problematisch, tandbederf en parodontitis komen namelijk veel voor bij mensen in kwetsbare situaties. Artsen en verplegers kunnen vaak niet meer doen dan pijnstillers geven. We geven ook vaak een tandenborstel en tandpasta mee met de patiënten, zodat ze minstens hun tanden kunnen poetsen.

## Komt die sociale ongelijkheid vooral voor in de grootsteden?

**S. D.** - Toch wel, grootsteden trekken veel mensen aan die hopen op een beter leven. De preventiecampagnes bereiken deze doelgroepen echter zelden. Betaalbare tandzorg in grootsteden is dus zeker een probleem. We merken ook dat daklozen en andere mensen in moeilijke levensomstandigheden hun gezondheid en dus ook hun tanden niet als prioritair zien. Ze zijn aan het overleven: waar zal ik slapen deze nacht? Zal ik iets vinden om te eten vandaag? Tandzorg is nochtans ook bij deze doelgroepen zeer belangrijk.

Gelukkig werd er in Brussel een tandheelkundig kabinet ingericht in de lokalen van Dokters van de wereld. Patiënten kunnen nu terecht op dezelfde locatie om een sociaal werker, een dokter en een tandarts te bezoeken. Met de hulp van sponsors is het gelukt om een

tweedehandsinstallatie een nieuwe bestemming te geven. Vrijwilligers van Dokters van de Wereld zorgen voor de opvang en begeleiding van de patiënten.

## In de steden is een zogenaamd 'Winterplan' van kracht. Wat omvat dat precies en welke rol vervullen jullie?

**Françoise Nihard** - Tijdens de winterwerking bezoeken we de mensen in de opvangcentra. Ter plaatse controleren we het gebit en kunnen we mensen sensibiliseren en eventueel doorverwijzen. Door in de opvangcentra zelf raadplegingen aan te bieden, hebben we de drempel voor tandzorg aanzienlijk kunnen verlagen. In Antwerpen zijn er al twee opeenvolgende winters studenten Maatschappelijke Tandheelkunde van de RUG stage komen doen: screening van de tanden, doorverwijzadvies naar de tandarts en individuele en groepsvorming over mondhygiëne. De daklozen stonden steeds aan te schuiven om gescreend en geïnformeerd te worden door deze studenten. Het was dus een groot succes, wat wijst op de noodzaak van tandzorg bij deze doelgroep.

## Beperken jullie interventies zich tot tandzorg alleen?

**F. N.** - Een multidisciplinaire aanpak is mogelijk dankzij de vrijwilligers in de centra. Tandpijn en mondziektes hebben een negatief

effect op de algemene gezondheid en het geestelijke welzijn. Elke patiënt die met tandproblemen naar het medisch centrum komt, gaat daarom eerst op raadpleging bij een sociaal werker. Die gaat na of er geen mogelijkheid bestaat dat de patiënt in de reguliere gezondheidszorgstructuren terecht kan. Vervolgens noteert de verpleegkundige de problemen van de patiënt in een doorverwijsbrief. En dit uiteraard met aandacht voor de algemene medische klachten. Indien nodig kan de patiënt ook nog bij de huisarts terecht. Het uiteindelijke doel is dat de patiënt goed wordt verzorgd en toegang krijgt tot de reguliere gezondheidszorg. Een missie waarin we vaak slagen dankzij deze multidisciplinaire samenwerking.

## Hoe kunnen we de drempels bij de eerstelijnszorg verlagen?

**S. D.** - Het verplichten van de derde betalingsregeling voor kwetsbare groepen kan helpen, maar veel tandartsen zien op tegen de bijkomende administratie. Er moet een systeem komen om die administratieve last in te perken. Als er vaak patiënten niet komen opdagen, werkt dat heel frustrerend en worden deze mensen vaker geweigerd. Een goede sociale opvolging is hier van primordiaal belang.



Interview door  
Piet Van Eenoooghe

## Boeken

### Het Nieuwe Organiseren in de zorgsector

**D**e zorgsector staat voor grote uitdagingen, zowel op kwantitatief als kwalitatief vlak. De vraag naar zorg neemt toe, maar er is ook nood aan meer zorg op maat. Om hieraan tegemoet te komen, moet de zorgsector zich opnieuw uitvinden en zich anders gaan organiseren. In dit boek ontwikkelen Benny Corvers en Geert van Hootegem een handleiding rond Innovatieve Arbeidsorganisatie in de zorgsector. Dat levert een schat aan ideeën en methodes op om organisaties levenskrachtiger te maken en mensen binnen een organisatie te verbinden. Bovendien wordt de theorie geïllustreerd aan de hand van verschillende praktijkvoorbeelden uit ziekenhuizen en woonzorgcentra in Belgisch-Limburg.



**Slimmer zorgen voor morgen, Benny Corvers en Geert Van Hootegem, Acco, 2014, 160 blz., ISBN 978-90-334-9531-1**

### Kanker: een emotionele handleiding

**K**anker zet het leven op losse schroeven. Over de behandeling en preventie van kanker is al veel inkt gevloeid en daarom gooit Nathalie Cardinaels het in dit boek over een andere boeg. 'Omgaan met kanker' is een emotionele handleiding voor mensen met kanker en hun naaste omgeving, maar ook een ideale leidraad voor hulpverleners om mensen met kanker beter te leren begeleiden in hun verwerkingsproces. Hoe omgaan met de lichamelijke veranderingen en heftige emoties en gedachten? Hoe reageren op onbegrip? En wat met de veranderingen op vlak van intimiteit, seksualiteit en vruchtbaarheid? Aan de hand van praktijkervaring en 51 unieke getuigenissen probeert dit boek op die en veel meer vragen een antwoord te formuleren!



**Omgaan met kanker, Nathalie Cardinaels, Acco, 2014, 208 blz., ISBN : 978-90-334-9542-7**

### Ergotherapie op maat!

**K**inderen met een beperking willen hetzelfde als alle kinderen: leren, spelen, plezier maken met vrienden, deel uitmaken van de samenleving, ... Om die dromen zo goed mogelijk te helpen realiseren, vertrekt dit boek vanuit het Person Environment Occupation model. De klemtoon ligt op de mogelijkheden van het kind en het creëren van kansen om die zoveel mogelijk te benutten. Ondersteuning op maat en cliënt- en contextgerichtheid zijn daarbij onontbeerlijke ingrediënten. Anne-Marie Denolf en Jo Daems behandelen verschillende handelingsproblemen binnen verschillende levensdomeinen, aangevuld met korte praktijkvoorbeelden die het geheel concreter maken.



**Ergotherapie en ontwikkelingsproblemen, Anne-Marie Denolf en Jo Daems, Acco, 2014, 288 blz., ISBN : 978-90-334-9565-6**

### Jongdementen uit de vergeethoek

**O**ver dementie is al heel wat inkt gevloeid, maar dementie op jonge leeftijd vertoeft al te vaak in de vergeethoek. Nochtans vormen jongdementen (jonger dan 65 jaar) een aparte groep met specifieke problemen en uitdagingen die ook de nodige aandacht verdient. Daarom vat dit boek de belangrijkste elementen over jongdementie helder samen. Deze synopsis wordt bovendien aangevuld met tal van getuigenissen en persoonlijke ervaringen, waardoor de lezer een echt totaalbeeld van deze aandoening krijgt. Interessant leesvoer, zowel voor zorgverleners als patiënten en hun naaste omgeving!



**Dementie op jonge leeftijd, Annemie Janssens en Marjolein De Vugt, Lannoo, 2014, 192 blz., ISBN 978-94-014-0937-7**

# Health Forum\*, het magazine voor zorgprofessionals



Volg ons ook op  
onze nieuwe  
Twitter-account  
**@Onafh\_zf**

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

**Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!**  
**Surf naar [www.mloz.be/abonnement](http://www.mloz.be/abonnement)**

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



**DINSDAG 2 DECEMBER 2014**

**Schrijf u nu in!**

## Fraude in de ziekteverzekering, een bedreiging voor de solidariteit?

**€ 1.666.483, dat is het totaalbedrag dat gerecupereerd werd in 2012** na het opsporen van prestaties die niet-conform zijn aan de nomenclatuur of niet-uitgevoerde prestaties door zorgverstrekkers. **Aan de kant van de verzekerden constateerde de controledienst 297 foutief beoordeelde cumuls in 2013 voor een totaalbedrag van € 1.672.039!** Meer dan ooit zijn de bevoegde overheden zich bewust van de budgettaire impact van de strijd tegen fraude en beschouwen ze deze dan ook als hun topprioriteit. Frauduleus gebruik of verduistering, onkunde of verstrooidheid... het is duidelijk dat er niet altijd fraude in het spel is. Wat is nu fraude en welke zijn de meest voorkomende fouten die verzekerden en zorgverstrekkers begaan? Hoe en door wie worden ze ontdekt? **Hoe kunnen we fraude bestrijden?** Welke rol heeft elke gezondheidsactor?

Neem deel aan het debat rond dit onderwerp, in aanwezigheid van een panel aan experts.

### PROGRAMMA

- 10u - 10u30**      **Verwelkoming**
- 10u30 - 10u40**      **Introductie** door **Xavier Brenez**, Directeur-generaal Onafhankelijke Ziekenfondsen
- 10u40 - 12u30**      **Debat** met:  
**Bernard Hepp**, Medisch Directeur-generaal RIZIV  
**Dr. Robert Rutsaert**, Internist (KARTEL)  
**Xavier Brenez**, Directeur-generaal Onafhankelijke Ziekenfondsen  
**Marleen Relouw**, Beleidsadviseur Verzekeringen & Uitvoering Zorgverzekeraars Nederland  
**Michel Devriese**, Voorzitter Société de Médecine Dentaire (SMD)  
**MODERATRICE: Liesbeth Van Impe**, Hoofdredactrice Het Nieuwsblad
- 12u30 - 13u30**      **Walking Dinner**

**Wanneer?** Dinsdag 2 december 2014 van 10u tot 13u30

**Waar?** Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen  
Auditorium 4<sup>de</sup> verdieping  
Sint-Huibrechtsstraat 19 1150 Brussel

**Inschrijvingen** Inschrijving verplicht via [www.mloz.be](http://www.mloz.be)

**Contact** Piet Van Eenoooghe - 0478 474 373 / [fraude-debat@mloz.be](mailto:fraude-debat@mloz.be)

Een organisatie van

**Onafhankelijke  
Ziekenfondsen**

[www.mloz.be](http://www.mloz.be)



**Volg ons ook op Twitter!**  
[@Onafh\\_zf](https://twitter.com/Onafh_zf)

**Officiële hashtag debat**  
[#fraudedebat](https://twitter.com/#fraudedebat)