

Health Forum

December 2011 · Nr. 8

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

Een nieuw landschap voor
de ziekenfondsen

Xavier Brenez

“Gemiste kansen tussen
verzekeraars en ziekenfondsen”

Onafhankelijke
Ziekenfondsen

Maak kennis met de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

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

De Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen verenigt 7 ziekenfondsen:



OZ

Boomsesteenweg 5
2610 Antwerpen
www.oz.be



Omnimut Mutualité Libre de Wallonie

Rue Natalis 47 B
4020 Liège
www.omnimut.be



Euromut Onafhankelijk Ziekenfonds

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



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43
1040 Brussel
www.securex-ziekenfonds.be

Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent



Partena Ziekenfonds

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



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be



Weg met de dictatuur van het kortetermijndenken

Hoe garanderen we de duurzaamheid van onze gezondheidszorg in een context van groeiende noden en alsmat sterkere economische druk? Het antwoord op die vraag is niet eenvoudig, maar één ding staat als een paal boven water: de jonge generaties mogen niet het kind van de rekening worden. Zij mogen niet opdraaien voor een maatschappijmodel dat wij niet langer beheersen. Wij leven al boven onze stand sinds het midden van de jaren 70. De toestand is intussen zo erg geworden dat de overheden, net nu wij hen het meest nodig hebben, niet langer in staat zijn om middelen te mobiliseren voor een passend beleid. Niet al onze problemen kunnen op het conto van de financiële crisis geschreven worden! De crisis bij de politieke machthebbers moet het middelpunt van de debatten zijn.

Is onze maatschappij aan een nieuw model toe? Waarschijnlijk wel. Wij betalen de rekening voor onze levenswijze. In sommige 'ontwikkelde' landen zorgen problemen als obesitas, gekoppeld aan leemtes in het kader van de preventieve zorg en de opvoeding, ervoor dat de levensverwachting van de toekomstige generaties lager dreigt te zijn dan de onze.

Daarnaast is het ondenkbaar dat wij met overheidsuitgaven naar rata van meer dan 50 % van de geproduceerde rijkdommen, echt niet beter kunnen doen. Het is onvoorstelbaar dat de 11 % van het BNP

die wij besteden aan gezondheid, niet zou volstaan om uitdagingen aan te pakken als de forse stijging van de chronische ziektes (70 % van de kosten), de medische innovatie (80 % van de stijging van de kosten) en de vergrijzing van de bevolking (waar het gebrek aan oplossingen al voelbaar is).

De crisis bij de politieke machthebbers moet het middelpunt van de debatten zijn.

Er moet dus een einde komen aan het 'kortetermijndenken' en de gemakkelijksoplossingen. We hebben een echt overheidsbeleid nodig (met beleidslijnen voor de gezondheidszorg) binnen een duurzaam en verantwoordelijk schema. Aan diegenen die zich blindstaren op de eigen agenda,

geven we de raad om een blik te werpen op een recente studie van Deloitte*, waaruit blijkt dat de bevolking wel helder ziet. Bijna 60 % verklaart zich namelijk bereid om een programma te steunen dat tot een optimalisering van de uitgaven in de gezondheidszorg zou leiden. Een goed verstaander heeft maar een half woord nodig...

* Deloitte Survey of Health Care Consumers in Belgium, 2011

Xavier Brenez
Directeur-Generaal
van de Landsbond van
de Onafhankelijke Ziekenfondsen



Hoofredactrice

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

Eindredacteur

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

Redactiecomité

Karima Amrous · Stéphanie Brisson · Ann Ceuppens · Regina De Paepe · Jan Dhondt · Christian Horemans · Claire Huyghebaert · Pascale Janssens · Chantal Neirynck · Nathalie Renna · Piet Van Eenoooghe · Jan Van Emelen · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Rudy Van Tienen · Valérie Vander Veken · Steven Vervaeke · Anne Viroux

Lay-out

Leen Verstraete & Luc De Weireld · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annamie 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 - Innovatie

Bent u geïnteresseerd in Health Forum?

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

Inhoud

Nr. 8 December 2011

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

De ziekenfondsverzekering verandert van gedaante

13 Forum Zorgverstrekkers

Het debat

Verzorgers, geen doorsnee patiënten

Mantelzorgers uit de schaduw

21 Europa

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit eindelijk van start

22 Studie

Cataractingreep: minder kosten door operatietechniek via daghospitalisatie

Het mededingingsrecht binnen de zorgsector onder de loep

27 Objectief gezondheid

Vier gezondheidsdocumentaires die u gezien moet hebben

28 Solidariteit

Rébécca, op weg naar autonomie

32 Event

Digitale gezondheidsnetwerken in de lift

33 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

34 Kiosk

www.mloz.be

In de kijker

De ziekenfondsverzekering verandert van gedaante

Vanaf 1 januari 2012 moeten de ziekenfondsen hun organisatie van de facultatieve verzekering veranderen. Wat verandert er binnen de ziekenfondsverzekering? Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde? Welke verschillen blijven bestaan tussen de ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen? In dit dossier komt u er alles over te weten.



6

Europa

Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit eindelijk van start

Hoeveel buitenlandse patiënten komen naar België en voor welke behandelingen? Dat is één van de centrale vragen die het Observatorium voor patiëntenmobiliteit zal onderzoeken. Hoewel opgericht in 2010, lanceerde het Observatorium pas onlangs haar werkzaamheden.



21

Studie

Cataractingreep: minder kosten door operatietechniek via daghospitalisatie

Elk jaar moet 1 op de 100 personen zich laten opereren aan cataract, een ziekte die vooral voorkomt bij 60-plussers. Dankzij een operatietechniek via daghospitalisatie kunnen de kosten van deze ingreep echter aanzienlijk ingedijkt worden, zowel voor de patiënten als voor de maatschappij.



22

Aids: slecht geïnformeerd en naïef!

Sinds het ontstaan van de ziekte 30 jaar geleden heeft aids 25 miljoen slachtoffers gemaakt. In België raakten in 2009 elke dag 3 mensen besmet met het virus. Preventie is dus meer dan ooit nodig! Uit een enquête blijkt dat een groot deel van de Belgische bevolking van boven de 15 jaar niet weet hoe het hiv-virus juist overgedragen wordt en hoe je je er tegen kan beschermen. De leeftijdsgroep van de 15- tot 24-jarigen is het minst goed geïnformeerd, maar de laatste jaren lijkt ook de leeftijdsgroep van 35 tot 54 jaar niet de reflex te hebben om een condoom te gebruiken wanneer ze een nieuwe relatie aangaan.



www.sensoa.be

938.300

Dat is het aantal Belgen dat kampt met chronische pijn. De meeste landgenoten worstelen met rug- en nekpijn, maar ook spierpijnklachten en chronische pijn na een ziekte, operatie of ongeval komen frequent voor. Daaraan hangt een stevig prijskaartje vast: sinds 1997 is de kost voor sterke pijnstillers bijna verdrievoudigd. In 2009 ging het om 60 miljoen euro.

Bron: Universiteit Antwerpen

Zal de SIS-kaart verdwijnen?

Vanaf 2013 zullen de functionaliteiten van de SIS-kaart geleidelijk aan op de elektronische identiteitskaart overgezet worden. De zorgverlener zal de identiteitskaart kunnen gebruiken om de identificatiegegevens van iemand te lezen en om online, bij de verzekeringsinstellingen, bepaalde administratieve gegevens over de ziekteverzekering te raadplegen. Het gaat om een project van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), het Rijksinstituut voor de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), de verzekeringsinstellingen, Fedict en het Rijksregister. Volg de evolutie van het project op www.ksz.fgov.be!

48%

van de euthanasieaanvragen werden toegelaten sinds de invoering van de wet op euthanasie in 2002.

Dat blijkt uit een peiling van de Vrije Universiteit van Brussel (VUB) en de Universiteit Gent.

1 op de 3 Belgen grijpt naar homeopathie



“Er is geen enkel wetenschappelijk bewijs dat homeopathie echt werkt”, dat bleek vorig jaar nog uit een studie van het KCE. Daar trekken vele Belgen zich echter weinig van aan: ongeveer 1 op de 3 landgenoten gebruikt namelijk nog steeds homeopathische producten!

De Belgen zoeken vooral hun toevlucht tot deze middelen bij verkoudheden, stress of kneuzingen. De verkoop ervan vertegenwoordigt een kleine 2% van wat de apothekers vorig jaar verkochten. Het gaat daarbij om ruim 3 miljoen verpakkingen, goed voor een omzet van zo’n 30 miljoen euro.

Bron: Ipsos



In de kijker

De ziekenfondsverzekering verandert van gedaante

Een nieuw landschap voor de ziekenfondsen

Xavier Brenez - "Gemiste kansen"

Europa heeft de ziekenfondsen nodig!

p. 7

p. 10

p. 12

Aanvullende verzekering Een nieuw landschap voor de ziekenfondsen

Begin 2012 zal de wereld van de gezondheidszorgverzekeraars even op zijn grondvesten daveren. Europa heeft namelijk beslist dat de ziekenfondsen vanaf 1 januari de organisatie van hun facultatieve verzekering moeten aanpassen. Wat verandert er binnen de ziekenfondsverzekering? Wat zijn de gevolgen voor de verzekerde? Welke verschillen blijven bestaan tussen de ziekenfondsen en de verzekeringsmaatschappijen? In dit dossier komt u er alles over te weten.

De verzekeraars verwijten de Belgische ziekenfondsen al jaren dat ze producten aanbieden die gelijkaardig zijn aan hun verzekeringen, zonder dat ze zich echter aan dezelfde reglementering hoeven te houden op vlak van toegankelijkheid, belastingstelsel of beroepsspecialisatie. In 2006 besloot Assuralia, de Beroepsvereniging van Verzekeringsondernemingen, na verschillende vruchteloze acties op Belgisch niveau om een klacht in te dienen bij de Europese Commissie. Twee jaar later geeft Europa de verzekeraars gelijk en vraagt het aan België om zijn wetgeving in verband met de aanvullende verzekering van de ziekenfondsen aan te passen. De Commissie is hierbij voornamelijk bezorgd om mogelijke inbreuken op de bescherming van de verzekeringsgerechtigden en om een verstoring van het marktevenwicht.

Eind 2008 ondertekenen de verzekeraars en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) een compromis om de activiteiten van de ziekenfondsen op te delen in twee categorieën: 'verrichtingen' en 'verzekeringen'. Deze twee luiken worden enkele maanden later aangevuld met een derde categorie van diensten en activiteiten die niet terug te brengen zijn onder verrichtingen of verzekeringen. Ze worden 'ni-ni' diensten genoemd (naar het Frans voor noch het ene noch het andere) en moeten aan

dezelfde voorwaarden voldoen als de verrichtingen. Deze volledige hervorming van de ziekenfondsverzekeringen wordt vastgelegd in de wet van 26 april 2010. De inwerkingtreding ervan is voorzien voor 1 januari 2012.

De term 'aanvullende verzekering' wordt verbannen uit de ziekenfondsterminologie. We spreken nu van 'aanvullende diensten en activiteiten'.

Welk landschap in 2012?

Vanaf januari zal de verzekeringsmarkt door verschillende actoren gedeeld worden. De privéverzekeraars zullen uiteraard gewoon hun ding blijven doen, namelijk verzekeren. De ziekenfondsen bereiden daarentegen al maanden de metamorfose van hun aanvullende verzekering voor. De facultatieve verzekeringen die ze aanbieden, zullen vanaf nu beheerd worden door een verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB) die ze hebben moeten oprichten of waarbij ze zich hebben moeten aansluiten.

De verplichte basisversie van de aanvullende verzekering wordt

omgevormd tot een reeks 'verrichtingen'. Om als dusdanig erkend te worden, moeten ze voldoen aan elf, bij wet vastgelegde criteria. Eén van deze elf voorwaarden is de verplichte aansluiting. Ook het unieke dekkingsniveau is een criterium, d.w.z. dat alle leden dezelfde voordelen moeten kunnen genieten, behalve indien de beperkte terugbetaling voor een bepaalde categorie van leden gebeurt op basis van objectieve criteria (voorbeeld: het vaccin tegen baarmoederhalskanker). Een andere verplichting is dat de bijdragen dezelfde moeten zijn voor alle leden (behalve voor het statuut RVV of OMNIO). De bijdragen voor 'jongeren' of 'het gezin' worden dus geschrapt. Ten slotte moeten alle vooraf bestaande toestanden gedekt worden.

Elf criteria waaraan voldaan moet worden

De Controledienst van de Ziekenfondsen (CDZ) zal moeten controleren of deze elf criteria wel worden nageleefd door elk ziekenfonds voor elke verrichting die het aanbiedt. Indien niet aan deze voorwaarden voldaan wordt, dan wordt de dienst van het ziekenfonds niet erkend. Van zodra de elf verplichte voorwaarden vervuld zijn, wordt de activiteit een 'verrichting'. Indien aan een of ander criterium niet voldaan is of als de dienst facultatief is, dan zal die overgaan



De tandzorgverzekering wordt een facultatieve verzekering, beheerd door een VMOB

van de klassieke ziekenfondssector naar de verzekeringsmaatschappij van onderlinge bijstand (VMOB). In elk ziekenfonds moesten alle aanvullende basisdiensten in overeenstemming gebracht worden met deze criteria.

Impact op de activiteiten van de ziekenfondsen

Zullen alle ziekenfondsen uiteindelijk één pot nat worden? Daar is weinig kans toe. Ze zullen zich juist door hun eigen diensten en verrichtingen van elkaar onderscheiden. Het is wel zo dat de diensten die door elk ziekenfonds georganiseerd worden aan dezelfde voorwaarden moeten voldoen. Geen enkel ziekenfonds mag nog een facultatieve activiteit organiseren. Ook de term 'aanvullende verzekering' wordt verbannen uit de ziekenfondsterminologie. We zullen het vanaf nu hebben over 'aanvullende diensten en activiteiten'.

Een gevolg van deze reorganisatie is dat de ziekenfondsen verplicht worden om na te denken over de diensten die ze hun leden aanbieden. Het is alleszins niet de bedoeling om de bijdragen de pan uit te laten swingen. Aangezien in de toekomst alle verrichtingen toegankelijk zullen zijn voor alle leden, heeft elk ziekenfonds over het lot van bepaalde voordelen moeten beslissen.

De ideale gelegenheid om zich opnieuw te richten op wat belangrijk is, namelijk gezondheid, en om bepaalde extra voordelen te schrappen die geen echte meerwaarde bieden, zoals de tegemoetkoming voor rijlessen of sportvoordelen. Een reflectie die onontbeerlijk was om het bedrag van de bijdragen op een redelijk niveau te houden.

Concurrentie tussen de ziekenfondsen

Er zal wel degelijk een verschil blijven bestaan tussen de ziekenfondsen, niet alleen op het niveau van de diensten, maar ook op het niveau van de bijdragen. Het ziekenfonds moet één bijdrage vastleggen voor al zijn leden. Die bijdrage zal echter verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds, afhankelijk van de diensten die het organiseert. Elk ziekenfonds zal het bedrag van de bijdrage bepalen op basis van de diensten die het zal organiseren, zolang het bedrag maar tussen de 30 en 250 euro op jaarbasis ligt.

Ook hier zal de concurrentiestrijd tussen de ziekenfondsen afhangen van de keuzes die elk ziekenfonds maakt: concentreert het zich opnieuw op het gezondheidsaspect of kiest het diensten en voordelen in functie van zijn leden? Het ene ziekenfonds zal bepaalde voordelen

kiezen, terwijl het andere er nauw op zal toezien dat zijn voordelen aansluiten op de noden van zijn leden.

Impact op de verzekerde/het lid

Elk lid moet nu verplicht bijdragen betalen, een principe dat de meeste ziekenfondsen voordien ook al toepasten. De bijdragedrempel moet liggen tussen minimaal 30 euro en maximaal 250 euro per jaar per ziekenfondsgezin, volgens de definitie van de verplichte verzekering (een gerechtigde en zijn personen ten laste – over het algemeen zijn kinderen en de echtgeno(o)t(e) zonder inkomsten). De leden van een koppel of een gezin die zelf gerechtigden zijn voor de verplichte verzekering, moeten vanaf nu een bijdrage per rechthebbende betalen. Het is helemaal niet de bedoeling van de ziekenfondsen om de bijdragen te verhogen, zeker niet nu deze verplicht worden.

Het begrip solidariteit zal in de toekomst nog aangescherpt worden, net omdat de aansluiting verplicht is voor iedereen **en iedereen dezelfde voordelen zal hebben** (uitgezonderd bijzondere statuten of wanneer een tegemoetkoming voor een bepaalde categorie van leden niet gerechtvaardigd is).

Wat ons bij een ander belangrijk gevolg voor de leden brengt. Van zodra de aansluiting bij de aanvullende diensten verplicht wordt, zijn

...

Wat doet een ziekenfonds?

Onder de controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) zijn de ziekenfondsen belast met het betalen van de verstrekkingen van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen: terugbetalingen van medische kosten, uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of invaliditeit, moederschapsuitkering, vergoeding voor begrafeniskosten. De ziekenfondsen vertegenwoordigen ook hun verzekerden in verschillende comités en commissies in het RIZIV en nemen deel aan het uitwerken van akkoorden tussen artsen en ziekenfondsen om de tarieven van de medische verstrekkingen vast te leggen.

de leden ook verplicht om bijdragen te betalen. Een lid dat zijn bijdrage niet betaalt, zal dan ook uitgesloten worden van alle aanvullende diensten van zijn ziekenfonds en zal dus ook geen recht meer hebben op de facultatieve verzekeringen van zijn ziekenfonds. Momenteel is het zo dat een lid dat aangesloten is bij Hospitalia (hospitalisatieverzekering van de Onafhankelijke Ziekenfondsen), maar zijn bijdrage voor de aanvullende verzekering niet betaalt, toch aangesloten blijft bij Hospitalia.

VMOB – Verzekeraars, dezelfde strijd?

De VMOB's (verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand) zullen de regels van de ziekenfondsector én die van de verzekeringswereld moeten volgen. Het verschil met de verzekeringen is wel dat de VMOB's onder de controle zullen vallen van de CDZ (Controledienst van de Ziekenfondsen) en niet van de Autoriteit voor Financiële Diensten en Markten (FSMA) van de Nationale Bank. Het is niet het enige verschil tussen de twee actoren binnen dit nieuwe landschap. De VMOB moet zich namelijk aan heel wat verplichtingen

houden. In tegenstelling tot een gewone verzekeringsmaatschappij mag de VMOB zich niet richten tot de volledige markt of tot die van de bedrijven. Ze moet zich namelijk beperken tot de leden van het ziekenfonds waarmee ze verbonden is. Ook mag ze haar verzekeringen enkel via haar eigen ziekenfondsnetwerk, bestaande uit geaccrediteerde medewerkers, verspreiden, terwijl de privémaatschappijen het recht hebben om dit via verschillende kanalen te doen. De soorten verzekeringen die de VMOB mag verkopen, zijn verbonden aan de gezondheidsdiensten (tak 2 van de verzekeringen) en de bijstand (tak 18), terwijl de verzekeringsmaatschappijen wel alle takken mogen exploiteren.

Op fiscaal vlak zullen de VMOB en de verzekeringsmaatschappij allebei onderworpen zijn aan de taks van 9,25 %. Die taks wordt toegepast op elk product, maar onder bepaalde voorwaarden (op vlak van toegankelijkheid, zoals de openstelling voor iedereen onder de 65 jaar, de dekking van vooraf bestaande aandoeningen,...) kan men hiervan vrijgesteld worden. De VMOB's zullen zich waarschijnlijk op die manier kunnen onderschei-

den van de privéverzekeringen. Deze laatsten kunnen weliswaar dezelfde vrijstellingen genieten, maar hun 'cultuur' is niet dezelfde.

Professionalisering

Naast de verplichtingen waaraan de jonge VMOB's zullen moeten voldoen, zullen bepaalde aspecten van de nieuwe reglementering een nieuw werkkader bieden dat nog professioneler is. Zo zullen o.a. de boekhouding en het beheer aan strenge regels moeten voldoen en in overeenstemming moeten zijn met de Europese norm.

Ook qua opleidingen zijn er veranderingen op til. Zo zal elke persoon die in contact komt met het publiek voor advies of het aanbieden van verzekeringsproducten, een wettelijke opleiding gevolgd moeten hebben en voor een examen geslaagd moeten zijn. Dankzij deze nieuwigheden zullen de maatschappijen van onderlinge bijstand zich nog meer moeten specialiseren.

Stéphanie Brisson

In samenwerking met **Thierry Steylemans**,
Director Legal Affairs van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen

VP en AV: wat is het verschil?

De verplichte verzekering (VP) is verplicht voor iedereen. Ze zorgt voor de terugbetaling van verstrekkingen van geneeskundige verzorging: medische verstrekkingen, geneesmiddelen en hospitalisatiekosten. Het is ook de VP die de betaling mogelijk maakt van uitkeringen in geval van arbeidsongeschiktheid of ziekte. Om in orde te zijn met de VP, moet u aangesloten zijn bij een ziekenfonds. Solidariteit ligt aan de basis van het systeem van de VP, aangezien de sociale bijdragen van de werkgevers en werknemers de financiering ervan mogelijk maken. De terugbetalingen zijn dezelfde in elk ziekenfonds.

De aanvullende basisverzekering (AV), vanaf nu 'aanvullende diensten' genoemd, biedt voordelen en diensten aan die niet aangeboden worden door de verplichte verzekering. De

producten van de AV verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds, net als de bedragen voor de aansluiting en de terugbetaling. Deze diensten, die verplicht zijn vanaf 2012, worden samengebracht in een aanbod dat aan alle leden aangeboden wordt. Elke dienst of voordeel moet erkend zijn door de CDZ (Controledienst van de Ziekenfondsen).

De facultatieve verzekering. De ziekenfondsen konden tot eind 2011 ook facultatieve verzekeringen organiseren (hospitalisatie bijvoorbeeld). In dat geval is het aantal gedekte personen minder groot en worden de risico's beter 'geselecteerd' via bepaalde aansluitingsvoorwaarden (medische vragenlijst of leeftijdsbeperking). Vanaf 2012 zullen deze facultatieve verzekeringen georganiseerd worden door de VMOB's (verzekeringsmaatschappijen van onderlinge bijstand).



Gesprek met Xavier Brenez

Gemiste kansen tussen verzekeraars en ziekenfondsen

De ziekenfondsen zijn in een nieuwe fase van hun bestaan beland. Ze hebben zich alvast bewapend, maar de strijd om hun eigenheid te bewaren is nog lang niet gestreden. Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, meent dat hun deskundigheid op het gebied van geneeskundige verzorging absoluut erkend én benut moet worden.

Wat is de plaats van de aanvullende verzekering in het Belgische verzekeringslandschap?

Xavier Brenez - De aanvullende verzekeringen, in de ruime zin van het woord, blijven een belangrijke rol spelen, ondanks hun relatief geringe aandeel. Zo gaat dat nu eenmaal in landen met een goed ontwikkeld gezondheidsstelsel. Als men de uitgaven voor geneeskundige verzorging bekijkt, stelt men vast dat 70 % betaald wordt door de verplichte verzekering, 20 % door de patiënten en 5 % door de aanvullende ziekenfondsverzekeringen of private bijkomende verzekeringen. De aanvullende verzekeringen zijn dus echt afhankelijk van de manier waarop

de verplichte verzekering georganiseerd is. 5 % is geen enorm percentage, maar dit aandeel gaat in stijgende lijn, net zoals het bedrag dat de patiënt zelf betaalt. Bovenop de verplichte verzekering zijn dus bijkomende instrumenten nodig: o.a. voor de ziekenhuisopname, de tandzorg, de hulpverlening en het gewaarborgd inkomen.

Waarom mogen we ons verwachten in de komende jaren, wat de verzekering van de gezondheidszorg betreft?

X.B. - De evolutie van de sector hangt af van de keuzes die de maatschappij maakt. Welk model kiest men voor de toekomst? Denkt

men echt dat de privéverzekeraars het best kunnen beantwoorden aan de nood aan sociale bescherming met de marktmechanismen? Of zijn andere actoren beter geschikt voor die rol? Het wordt tijd dat de politieke beslissers hierover een standpunt innemen. De nieuwe eisen die gesteld worden, kunnen de ziekenfondsverzekering echt in gevaar brengen als deze laatste geen nieuwe kansen krijgt om zich te ontplooiën. Men gooit de deuren wagenwijd open voor de verzekeraars, die met hun groepsverzekeringen het grootste aandeel hebben op de markt. De politiek moet als opdracht hebben om de best mogelijke sociale bescherming aan te bieden aan de

bevolking. En ik ben er niet zeker van dat ze daar echt naar streven in dit dossier. De ziekenfondsverzekering is een mooi model dat veel beter afgestemd is op de sociale bescherming en dat ingaat tegen het geloof dat marktwerking dé zaligmakende oplossing is voor alle maatschappelijke problemen.

Wat zijn de grote verschillen tussen ziekenfondsen en privéverzekeraars?

X.B. - Het eerste verschil is dat de ziekenfondsen geen aandeelhouders hebben. Zij hebben een sociaal doel en geen winstoogmerk. Het gaat hier om twee tegengestelde filosofieën. Dit verklaart het lagere bedrag van onze premies en de andere configuratie van onze producten. Wij selecteren ook minder dan de verzekeraars. In een hele reeks gevallen betalen wij bestaande ziektes wel terug. Wij hebben ook meer ervaring met de gezondheidszorg dan die privéverzekeraars. We kunnen onze uitgaven dus beter beheersen, vandaar dat onze premies lager zijn. De verzekeringsmaatschappijen beperken zich overigens tot het beheer van de financiële problematiek die gepaard gaat met die welbepaalde ziekenhuisopname, terwijl de ziekenfondsen het globale plaatje van de ziekenhuisopname bekijken: financiële aspecten, informatie over de ziekenhuisopname, diensten vóór en na de ziekenhuisopname, het verband met de thuiszorg en de sociale diensten, enz. Er zijn dus echt wel fundamentele verschillen tussen ons en de privéverzekeraars.

Wat is dan de meerwaarde van de verzekeringen die de ziekenfondsen aanbieden?

X.B. - Wanneer we aan de mensen vragen wat ze juist verwachten van hun ziekenfonds, dan komt de hospitalisatieverzekering op de 1e of 2e plaats. Er is dus echt vraag naar hospitalisatieverzekeringen. Het prijsaspect is ook belangrijk.

De prijs-kwaliteitverhouding is immers veel beter bij een ziekenfonds dan bij een privéverzekeraar. Dé troef van de ziekenfondsverzekeringen is dat de beheerskosten er lager zijn omdat dit hun beroep is. Zij kennen de markt. Daarnaast is er ook het aspect 'vertrouwen': uit meerdere studies blijkt dat mensen meer vertrouwen hebben in hun ziekenfonds dan in een verzekeringsmaatschappij.

Wat is de impact van de nieuwe reglementering voor de ziekenfondsverzekeringen op de interne organisatie van de ziekenfondsen?

X.B. - We moeten het beheer van onze risico's voortaan actuariel aanpakken, wat vroeger niet gebeurde. We moeten onze risico's beheersen, de boekhoudkundige regels standaardiseren, etc. Dat is een goede zaak, omdat dit ons aanspoort tot een professionelere aanpak van ons beheer. Toch zijn er ook heel wat zaken die de organisatie bemoeilijken en de kosten verhogen, met nefaste gevolgen voor de leden.

U bent van oordeel dat er meer oneerlijke concurrentie is ten nadele van de ziekenfondsen...

X.B. - Wij moeten ons nu houden aan de eisen die gesteld worden aan de verzekeraars, bovenop die van de ziekenfondswereld, maar men geeft ons niet dezelfde manoeuvreerruimte. De oneerlijke concurrentie is gewoon van kamp veranderd! Het idee was dat iedereen zich aan dezelfde spelregels moest houden ('same level playing field'). Maar dat is niet zo. Wij mogen bijvoorbeeld alleen maar leden aansluiten die al lid zijn van de verplichte verzekering bij ons, terwijl de privéverzekeraars zich tot de volledige bevolking mogen richten. Wij moeten ons beperken tot de takken 2 Gezondheid en 18 Hulpverlening, terwijl de privéverzekeringen toegang hebben tot alle takken. Wij mogen onze verzekeringen enkel aan de man brengen

door toedoen van ons ziekenfondsnetwerk, terwijl zij toegang hebben tot alle verzekeringsbemiddelaars, behalve ons netwerk. Onze situatie is dubbel: we zitten niet alleen met een statutaire relatie, maar ook met een individueel contract. Wij kunnen leven met die nieuwe regels, maar zouden graag dezelfde vrijheid krijgen. Vooral het principe dat wij alleen maar verzekeringen mogen verkopen aan onze leden in de verplichte verzekering stuit ons tegen de borst. Zo duwt men ons in een keurslijf en worden we compleet uitgesloten van de markt van de ondernemingen. Wij zitten echt in een nadelige positie.

Kunnen de ziekenfondsen en de privéverzekeraars de handen niet in elkaar slaan?

X.B. - Artikel 43ter van de wet op de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen (6 augustus 1990) verbiedt samenwerking tussen ziekenfondsen en de wereld van banken en verzekeringen, zowel voor de promotie, als voor de distributie van producten. We zouden elkaar nochtans op heel wat punten aanvullen. Het zou echt steek houden als wij onze producten zouden mogen verspreiden via netwerken van verzekeringsmakelaars. Als makelaars de verzekeringen van Hospitalia zouden mogen verkopen. Het zou interessant zijn om met verzekeraars samen te werken voor het bedenken van producten waar wij niets van kennen. En de verzekeraars zouden onze kennis van de sector van de gezondheidszorg kunnen aanspreken voor hun eigen netwerk en voor het aanbieden van producten die aan een bepaalde filosofie beantwoorden. Er is geen objectieve reden voor dat verbod om samen te werken. Men mist kansen door ons te verbieden om die artificiële barrière tussen de verzekeringswereld en de ziekenfondsen te overbruggen.



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

Europa heeft de ziekenfondsen nodig!

De Europese ziekenfondsen spelen wel degelijk een belangrijke rol in Europa, maar ze staan onder druk door de Europese interne markt. Het is slechts één van de conclusies van een nieuwe Europese studie. Of hoe Europa meer en meer interesse toont in het mutualistische verhaal.

Het Europese Parlement bestelde een studie die in september gepubliceerd werd onder de titel: The role of mutual societies in the 21st century. Deze studie geeft een overzicht van het mutualistische landschap in Europa. Daarbij springt onmiddellijk de grote diversiteit in het oog: sommige ziekenfondsen zijn enkel actief in de verplichte ziekteverzekering (vb. in Duitsland), andere enkel in de aanvullende verzekering (vb. de meeste Franse ziekenfondsen) en in bepaalde landen zijn de ziekenfondsen actief in beide (vb. België). Een definitie van een ziekenfonds die de volledige lading dekt, is dan ook niet eenvoudig.

Interne markt

Het mutualistische model wijkt af van de klassieke verzekeraar door de klemtoon te leggen op waarden als solidariteit, not-for-profit en democratisch georganiseerde beheersorganen. Maar de ziekenfondsen staan onder druk van de principes van de Europese interne markt. De toepassing van de Europese schaderichtlijnen en

de Europese solvabiliteitsregels veranderen geleidelijk het DNA van de mutualistische wereld. Denk maar aan de nieuwe wet op de aanvullende verzekering in België, die er kwam na kritiek van Europa. In een dergelijke context is het mutualistische model gedoemd te verdwijnen als er geen maatregelen getroffen worden, aldus de studie.

Want de ziekenfondsen in Europa hebben wel degelijk een meerwaarde binnen de interne markt:

- Ze zorgen voor diversiteit in de verzekeringswereld, waardoor er geen markt ontstaat waarin iedereen hetzelfde profiel heeft.
- Ze vormen een businessmodel dat gewaardeerd wordt door de verzekerden en uit analyse blijkt ook dat ziekenfondsen crisisbestendiger zijn dan hun commerciële tegenhangers.
- Volgens de studie zal er in de toekomst meer nood zijn aan bedrijven met een sociale verantwoordelijkheid om de toegang tot betaalbare sociale beschermingssystemen te kunnen garanderen.

Erkenning

De studie spoort de ziekenfondsen aan om zich beter te profileren door o.a. nieuwe en innoverende diensten en producten aan te bieden. Ze moeten zich namelijk beter verkopen als een alternatief op de commerciële verzekeraars door hun mutualistische waarden extra in de verf te zetten. Op Europees niveau zouden de ziekenfondsen ondersteund kunnen worden door een expliciete erkenning van hun rol in de Europese sociale economie en samenleving. Voor een dergelijke erkenning is de ontwikkeling van een Europees statuut interessant.

De Europese Commissie heeft alvast aangekondigd de Europese ziekenfondsen grondiger te willen analyseren.



U kunt de studie volledig lezen op www.mloz.be !



Christian Horemans

Expert Internationale Zaken
christian.horemans@mloz.be

Voor een Europees statuut van het ziekenfonds

De Onafhankelijke Ziekenfondsen verwelkomen de conclusies van deze eerste studie met open armen. Ze biedt namelijk een interessant overzicht van het mutualistische landschap in Europa en de uitdagingen waarmee ziekenfondsen geconfronteerd worden. Bij een volgende analyse vragen de Onafhankelijke Ziekenfondsen wel meer aandacht voor:

- een meer complete omschrijving van de mutualistische organisaties, zeker van deze actief in de verplichte ziekteverzekering;
- de sociale dienstverlening van de ziekenfondsen;
- de toekomstige rol van de ziekenfondsen, die meer is dan louter verzekeren. Denk maar aan coaching van de verzekerden en de verdere ontwikkeling van gezondheidspromotie en -preventie;
- een Europees statuut van het ziekenfonds. Dat zou een erkenning betekenen van het ziekenfonds als belangrijke partner in de sociale economie die volgens Europa 2020 één van de Europese groeisectoren is.



Briec Van Damme
Vennoot Itinera Institute
Consultant Universiteit Gent

Het Debat

Is het nodig om een jaarlijks minimumaantal heelkundige ingrepen per ziekenhuis te verplichten om de kwaliteit van de verzorging te verbeteren? Briec Van Damme, vennoot bij het Itinera Institute, en Dr Jacques de Toeuf, ondervoorzitter van BVAS en algemeen medisch directeur van CHIREC, doen elk hun standpunt uit de doeken.



Dr Jacques de Toeuf
Ondervoorzitter van de BVAS
Algemeen medisch directeur van CHIREC

"Een minimumaantal heelkundige ingrepen per jaar per ziekenhuis verplicht maken"

De uitgaven voor geneeskundige verzorging zijn het resultaat van vraag en aanbod. Door in te spelen op het aanbod, is het niet alleen mogelijk om de uitgaven te beïnvloeden, maar ook om de kwaliteit te verbeteren. Dat blijkt onder andere het geval te zijn voor de heelkundige ingrepen bij borstkanker en in de cardiologie.

Het is unaniem erkend dat de kwaliteit en de resultaten van chirurgische ingrepen rechtstreeks beïnvloed worden door het aantal behandelde gevallen en de ervaring die de gezondheidsprofessionals verworven hebben voor elk soort ingreep.

Neem nu de chirurgische ingrepen voor borstkanker. **De internationale normen bepalen dat in ziekenhuizen die jaarlijks minder dan 150 ingrepen voor borstkanker uitvoeren, de chirurgische ploegen onvoldoende ervaring kunnen voorleggen om de kwaliteit te optimaliseren.** In België bereiken veel ziekenhuizen deze minimumdrempel niet.

Vandaag de dag beschikt de patiënt over geen enkele informatie om hem bij zijn keuzes te helpen. Door minima op te leggen, garandeert men niet alleen voldoende activiteit zodat in de beste omstandigheden geopereerd wordt, maar zullen de professionals ook over voldoende ervaring beschikken om te kunnen oordelen welke soort van ingreep nodig is.

We stellen dan ook voor om het aantal competentiecentra te beperken zodat het minimumniveau aan ervaring dat door internationale normen aanbevolen wordt, bereikt kan worden. **De bedoeling is niet om de keuzevrijheid van de patiënt te beperken, maar wel om te garanderen dat hij of zij in de beste omstandigheden behandeld zal worden.**

"Het is de kwaliteit van de diagnose die het succes van de gevolgde therapie op lange termijn bepaalt"

Het zorgaanbod louter analyseren op basis van het volumeaspect is zeer kortzichtig, aangezien de uitgaven door de medische activiteit nauwer samenhangen met de keuzes die de artsen maken, dan met het aantal ingrepen.

De kwaliteit van de resultaten van chirurgische ingrepen ligt in handen van de chirurgen, de anesthesisten, ... en hangt af van onder meer het kennisniveau, de opleiding en de operationele capaciteit van de verzorgingsploegen van de intensieve zorg, enz. **Er bestaan tal van studies met heel uiteenlopende resultaten,** maar nooit kon een activiteitsdrempel bepaald worden die kwaliteit garandeert.

De heelkundige ingrepen bij borstkanker zijn een uitstekend voorbeeld. Borstchirurgie is perfect controleerbaar, heel eenvoudig uit te voeren en eventuele complicaties zijn gemakkelijk te voorzien. **Voor de patiënt telt vooral het bestaan van een multidisciplinaire en multiprofessionele ploeg die zorgt dat elke patiënt als apart klinisch geval geëvalueerd wordt, zodat die een à la carte behandeling krijgt.** Er is overigens nooit een verband aangetoond tussen een kleiner aantal chirurgische ingrepen en de uitvoering van radicalere ingrepen. De overheden hebben hun verantwoordelijkheid opgenomen via het Nationaal Kankerplan. Dit plan legt de klemtoon op de versterking van de behandelende ploegen, de verbetering van het verzamelen van gegevens via het Kankerregister, de interpretatie en feedback over de ontvangen gegevens, enz.

Door een kwantitatieve norm voor het aantal ingrepen te willen opleggen, worden de betrokken ploegen aangezet om hun aantal operaties op te drijven zodat zij het drempelcijfer bereiken. En dat is zeker niet de juiste oplossing voor dit probleem.

De verzorger verzorgd

Verzorgers, geen doorsnee patiënten

Arts zijn biedt geen garantie op een goede gezondheid... Ook artsen en verpleegkundigen worden namelijk al eens ziek of komen in het ziekenhuis terecht. Maar hoe gedragen verzorgers zich in de rol van patiënt?

Hervé werkt al verschillende jaren als arts in het Brussels Gewest. Hij vertelt over de keuze van een arts om bij ziekte zichzelf te verzorgen of om naar een collega te stappen. "Als dokter hebben we de neiging om onszelf te willen verzorgen. Soms negeren we zelfs de symptomen. Of doen we toch alsof ze niet zo erg zijn".

Inderdaad, als het over zijn eigen gezondheid gaat, is een arts plots veel minder rationeel. De overgrote meerderheid van de artsen doet aan zelfmedicatie, wat niet altijd zonder gevaar is. In Frankrijk schrijft bijvoorbeeld 86 % van de artsen die psychotropen innemen zelf zijn behandeling voor. Soms is een bezoek aan een specialist echter onvermijdelijk. "Zelf ben ik al tweemaal langs geweest bij een specialist en ik heb braaf de rol van 'gewone' patiënt gespeeld", vertelt Hervé. "Ik had alle vertrouwen in de arts en probeerde me niet al te veel vragen te stellen. Toen ik in het ziekenhuis lag, heb ik, buiten aan de arts van de dienst, zelfs bewust niets aan het verzorgende personeel verteld over mijn beroep. Ik gedroeg me dus als een normale patiënt. Dat is natuurlijk mijn ervaring, maar ik kan me voorstellen dat het vaak anders loopt en dat artsen niet altijd de gemakkelijkste patiënten zijn..."

Burnout op de loer

Bij personeel uit de zorgsector liggen de hoge werkdruk en het moeilijke evenwicht tussen privé- en beroepsleven vaak aan de basis van gezondheidsproblemen. Hervé beaamt dit: "De hoge werkdruk leidt vaak tot verslavingen aan bijvoorbeeld geneesmiddelen of alcohol en ook burnouts zijn onder artsen schering en inslag. Het is betreurenswaardig dat er in België geen enkele structuur voorzien is om artsen in moeilijkheden te begeleiden".

“ In België bestaat geen enkele structurele omkadering voor artsen in moeilijkheden. ”

In verschillende landen werden al maatregelen getroffen om artsen in moeilijkheden op te vangen. In bepaalde gevallen gaat het zelfs om volledige gezondheidsstructuren die gewijd zijn aan het medische korps. In België bestaat deze vorm van structurele omkadering gewoonweg niet.

Net over de grens

In Frankrijk werd begin 2009 een organisatie opgericht om de verzorging van verzorgers te promoten. Deze vereniging groepeerde alle medische, tandheelkundige en verpleegkundige syndicaten, alle beroepsordes en de privé- en publieke ziekenhuisfederaties. De bedoeling is om alle informatie te verzamelen om de huidige toestand van de specifieke aandoeningen van verzorgers te kunnen inschatten. Daarnaast streeft de organisatie ook naar een gemeenschappelijk beleid om te beantwoorden aan de noden die deze aandoeningen met zich meebrengen: de preventie, behandeling en opvolging van de betrokken zorgverleners. Men wil ook bijdragen aan de creatie van opvang- en verzorgingsstructuren die specifiek gericht zijn op gezondheidsprofessionals.

Verzorgers beter verzorgen

In de Verenigde Staten buigen artsen zich al sinds de jaren 70 over de problemen van hun collega's en hun behandeling in gespecialiseerde structuren. Ook in Australië, Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië werden speci-

fieke initiatieven op touw gezet. In Spanje ontstond in 1998 onder impuls van de orde der Geneesheren van Catalonië het 'Programma voor Integrale aandacht voor de zieke arts'. De eerste stap? Een anoniem en vertrouwelijk telefoongesprek en nadien, indien nodig, een ontmoeting met een psychiater. Het programma voorziet tevens een speciale eenheid van 22 plaatsen voor de behandeling van zieke artsen.

In Québec bestaat sinds 1990 het 'Programma voor hulp aan Artsen uit Québec'. Dit programma pakt niet alleen verslavingsproblemen aan, maar ook psychologische problemen bij artsen, of ze nu vrij, in loondienst, intern of gepensioneerd zijn. Het gaat om een programma dat voor 70 % gefinancierd wordt door de beroepsverenigingen.

Het zijn slechts enkele denkpijlers om in België gelijkaardige structuren voor ons verzorgend personeel op te richten.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be



Carmela Dragone

Getuigenis
“ Een verzorger verzorgen, is ingewikkelder... ”

Gedurende haar 12-jarige loopbaan als verpleegster, heeft Carmela Dragone al heel wat artsen en verpleegkundigen verzorgd.

Is zorgen voor verzorgend personeel anders dan voor een 'gewone' patiënt?

Het is ingewikkelder. Een 'gewone' patiënt stelt zich bijvoorbeeld geen vragen over steriliteit, enz. en heeft meestal vertrouwen in het verzorgend personeel. Hij zal dan wel weer veeleisender zijn op relationeel vlak.

Zijn verpleegkundigen moeilijke patiënten?

Dat lijkt me overdreven, maar ze hebben in elk geval meer stress. Ze zijn wantrouwiger en stellen veel vragen. Ze kennen de werkomstandigheden van een dienst

en het risico op kleine fouten dat die met zich mee kunnen brengen. Ze hebben meer aandacht voor de handelingen die we bij hen uitvoeren: nemen we wel de nodige hygiënische voorzorgen, halen we de luchtbel uit het infuus, zijn de geneesmiddelen nauwkeurig klaargemaakt... ze zijn heel veeleisend als het om de technische kant van de verzorging gaat!

Zijn ze ook veeleisender op relationeel en menselijk vlak?

Neen... ze kennen het beroep en weten dat we op menselijk vlak helaas weinig tijd kunnen investeren in patiënten.

Studie van het KCE

In België bestaat er tot op de dag van vandaag geen enkel specifiek programma voor de behandeling van burnout bij huisartsen.

Daarom heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), in samenwerking met de VUB en de ULB, een lijst met actiepunten opgesteld voor een globale aanpak van het probleem!

Enkele actiepunten op een rijtje

- Een huisarts voor elke huisarts, gecombineerd met een (verplicht) regelmatig preventief onderzoek, naar analogie met de arbeidsgeneeskunde
- Het stimuleren door de overheid van groepspraktijken en netwerking voor solopraktijken
- Een betere controle van de werklust: een secretariaat om de administratieve last te verminderen, de vereenvoudiging en automatisering van de administratie, goed uitgewerkte wachtdiensten, ...
- Huisartsen leren om 'nee' te zeggen en hun taken te ordenen door coaching en het volgen van opleidingen
- Een betere erkenning van de huisartseneeskunde via aangepaste vergoedingen voor complexe raadplegingen, psychosociale zorg, ...
- Een betere sociale bescherming van de huisarts en het vergemakkelijken van vervanging bij ziekte.

Statuut

Mantelzorgers uit de schaduw

Mantelzorgers: wie zijn ze, wat doen ze? Het Kenniscentrum Mantelzorg (KeM) vzw omschrijft ze als 'personen die op regelmatige wijze basiszorg en aanvullende zorg verlenen aan een zorgbehoevende of meerdere zorgvragende personen die ze kennen'. Hoewel mantelzorgers 8 tot 10 % van onze bevolking uitmaken, blijft hun engagement en toewijding jammer genoeg zwaar onderschat.

Een moeder die gestopt is met werken om voor haar gehandicapte kind te zorgen, een zoon die zijn vader met de ziekte van Alzheimer verzorgt, een vrouw die haar leven wijdt aan de verzorging van haar man die een beroerte kreeg...

Elke mantelzorger heeft zo zijn eigen verhaal. Bovendien kan mantelzorg variëren van enkele uurtjes verzorging per dag of per week tot 24/24u bijstand. Vandaar dat het wettelijk gezien moeilijk is om elk geval apart te bekijken met het oog op een officiële erkenning en een statuut. Het is nochtans dankzij mantelzorgers dat heel wat patiënten thuis kunnen blijven wonen.

Onvoldoende erkenning

De gemiddelde leeftijd van de mantelzorgers bedraagt 57 jaar. Ze maken vaak deel uit van de 'sandwich-generatie': personen die zorgen voor opgroeiende

kinderen, maar tegelijk ook voor hun ouders die een dagje ouder worden en stilaan meer afhankelijk worden voor bepaalde zaken.

Toch is mantelzorg van alle leeftijden. Zowel jongeren als 80-plussers kunnen de verzorging van iemand (kinderen, volwassenen of ouderen) op zich nemen. Opmerkelijk is dat vrouwen het merendeel van de mantelzorg (63 %) verrichten.

Volgens Dolf De Ridder, voorzitter van het KeM (Kenniscentrum Mantelzorg), worden de inspanningen van mantelzorgers nog altijd onvoldoende erkend. Daarom organiseerde de vzw, samen met zijn Waalse tegenhanger, in juni

een eerste Nationale Dag voor de Mantelzorg. Daar ijverden beide verenigingen voor een beter statuut voor de mantelzorger. "Uit cijfers blijkt dat heel wat mantelzorgers de zorgtaak combineren met een betaalde job (37 %) en dat deze beroepsactieve mantelzorgers even intensief met de verzorging bezig zijn.

Mantelzorg is van alle leeftijden. Zowel jongeren als 80-plussers kunnen de verzorging van iemand op zich nemen.

Daarom is een wettelijke erkenning van de mantelzorgers essentieel", zegt De Ridder. "Bovendien is een mantelzorger voordelig voor de staat. Hij of zij kost de gemeenschap, in tegenstelling tot een opname in een zorginstelling, weinig tot niets".

Gezocht: een uniforme wetgeving

In Vlaanderen bestaan er een aantal steunmaatregelen voor mantelzorgers. Volgens Mario Schelfhout, stafmedewerker van het KeM, schuilt het grote probleem bij het gebrek aan uniformiteit en de erg strenge voorwaarden. "De provincies Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg keren een mantelzorgpremie uit, evenals een aantal Vlaamse gemeenten. Maar de bedragen van de gemeentelijke mantelzorgpremies variëren van 4,17 euro per maand tot 50 euro of meer. Een bijkomend probleem is dat een aantal gemeenten en provincies zich beperken tot een bepaalde groep van mantelzorgers, bijvoorbeeld degenen die zorgen voor 65- of 70-plussers. Daardoor heerst in de publieke opinie een eenzijdig beeld over mantelzorg als de verzorging van een oudere persoon. Nochtans verzorgen mantelzorgers ook kinderen en personen op een beroepsactieve leeftijd".

Volgens Mario Schelfhout is het bestaan en de creatie van gemeentelijke en provinciale mantelzorgpremies een goede zaak. Het schoentje wringt echter bij de communicatie omtrent deze premies. "Mantelzorgers moeten weten of hun gemeente en/of provincie een premie uitkeert, hoeveel ze bedraagt, wat de voorwaarden zijn en waar ze deze dienen aan te vragen", luidt het. "Bovendien kennen heel wat mantelzorgers, evenals professionele hulpverleners, het verschil niet tussen het begrip 'mantelzorgpremie' en 'Vlaamse zorgverzekering'. Die laatste is een tegemoetkoming in de niet-medische kosten van zwaar zorgbehovende personen. Die kan ook als vergoeding van de mantelzorger dienen, maar dat is niet per definitie zo.

Gebrek aan Nederlandstalige mantelzorgondersteuning in Brussel

Een ander aandachtspunt van het KeM is het mantelzorgbeleid in Brussel en dan vooral dat voor Nederlandstalige Brusselaars. In 2010 en begin 2011 voerde de vereniging met de steun van de Vlaamse Gemeenschapscommissie een onderzoek uit naar Nederlandstalige mantelzorgers in Brussel. Daaruit bleek dat er ook in het Brusselse Gewest een grote behoefte bestaat aan een mantelzorgpremie en een methode om mantelzorgers te traceren om hen gepaste hulp aan te bieden. Het KeM pleit daarom voor de uitbouw van een infoloket en een betere promotie van de Vlaamse zorgverzekering, waar men in Brussel op vrijblijvende basis kan instappen.

Getuigenis

"Een mantelzorger moet verschillende taken combineren"

In januari 2008 verliest Michel op 50-jarige leeftijd na 33 jaar zijn job. Een maand later sterft zijn vader en blijft zijn moeder van 83 jaar, een Alzheimer-patiënte, alleen achter. Michel, die gedekt is door de maanden vooropzeg na zijn ontslag, beslist om voor zijn moeder te zorgen. Het blijkt een heel leerproces:

“Niemand had me geleerd hoe ik iemand van de 4e leeftijd moest verzorgen. Ik moest alles al doende leren. De liefde en het respect voor mijn moeder waren mijn leidraad. Na mijn periode van vooropzeg moest ik me inschrijven als werkloze. Daarbij heb ik expliciet vermeld dat ik niet beschikbaar zou zijn op de arbeidsmarkt, aangezien ik voor mijn moeder ging zorgen. Ze hadden veel begrip voor mijn situatie, maar in deze omstandigheden had ik slechts recht op een uitkering van 240 euro per maand. Toen ik werkte, verdiende ik bijna tien keer zoveel, maar ik klaag niet. Ik ben positief ingesteld, ik weet dat het slechts een hoofdstuk is in het boek van mijn bestaan. Ik ben ervan overtuigd dat ik er uiteindelijk geen spijt van zal hebben. Ik verlies mijn moeder geen seconde uit het oog. Gelukkig neemt mijn halfzus de zorg van mij over van zaterdagmiddag tot zondagochtend, zodat ik toch nog sociaal contact kan onderhouden. Ik krijg vaak te horen dat ik beroep zou moeten doen op hulp om voor mijn moeder te zorgen, maar daar zie ik het nut niet van in. Stel dat iemand van 8u tot 12u voor mijn moeder komt zorgen, hoe moet dat dan de rest van de dag? Ze kan niet alleen gelaten worden, zelfs geen kwartiertje. Ik heb trouwens ooit eens geprobeerd om hulp te krijgen, maar die piste bleek geen succes. Alles was namelijk erg ingewikkeld en er moest aan heel veel voorwaarden voldaan worden.

Als mantelzorger moet je verschillende taken combineren: sociaal assistent, zorgverlener, nachtwaker... en je krijgt er geen vergoeding voor. Ik denk dat het hoog tijd is dat onze situatie door de wet erkend wordt, omdat dit probleem de komende jaren door de vergrijzing alleen maar zal toenemen.

”



Ondersteund worden in de begeleiding van een bejaarde naaste

Geen grenzen

Hoewel mantelzorgers op professionele hulpverlening en verzorgingsdiensten kunnen rekenen, blijft de werklust die op hun schouders rust enorm groot. Zorgen voor een geliefde heeft uiteraard zijn weerslag op het dagelijkse leven.

Hij verliest langzaam het contact met de buitenwereld en veel mantelzorgers zijn bovendien fysiek en moreel uitgeput (zonder dit te willen toegeven). Zeker wanneer de verleende hulp ervaren wordt als een 'wederdienst', een kwestie van loyaliteit, een gedane belofte om iemand niet in de steek te laten of een erkenning voor wat ouders voor hun kinderen gedaan hebben. Het is dan ook logisch dat de mantelzorger zelf best wat hulp en ondersteuning kan gebruiken. Het KeM is dan ook verheugd over het feit dat er steeds meer mogelijkheden bestaan om hen een adempauze te gunnen. Dolf De Ridder: "De initiatieven beantwoorden aan diverse noden en zijn afgestemd op uiteenlopende problemen (kinderen met een handicap, mensen met de ziekte van Alzheimer, ...). Ze verdienen het om toegejuicht en aangemoedigd te worden, maar voorlopig blijft de vraag helaas groter dan het aanbod".

Nathalie Renna - nathalie.renna@mloz.be
& Jan Dhondt - jan.dhondt@mloz.be

Villa Rozerood geeft ademruimte aan ouder-mantelzorgers

Een respijthuis biedt soelaas wanneer een mantelzorger behoefte heeft aan een adempauze. Villa Rozerood in De Panne is zo'n plaats. De villa is een zorghotel voor een respijt-, opvang en/of vakantieverblijf. Ze mikt in de eerste plaats op gezinnen met een ernstig ziek of zorgbehoevend kind tussen 0 en 18 jaar die voor een korte periode even de verzorging willen overdragen en de zorgen willen vergeten. In de vakantieperiodes en weekends, maar tevens in de weekdagen kunnen ze er in de gezonde zeelucht samen even uitblazen terwijl gespecialiseerd personeel de mantelzorger bijstaat in de verzorging van het kind. Er kunnen 7 tot 10 kinderen met hun familie terecht. Ook kinderen alleen kunnen er opgevangen worden.

Bepaalde periodes van het jaar staat de villa tijdens midweken ook open voor groepen. De aangeboden verzorging is totaal: zowel fysiek, emotioneel als sociaal.



www.villarozenrood.be



Kenniscentrum Mantelzorg vzw
Steenweg op Brussel 213, 1780 Wemmel
T 02 452 63 13 - info@mantelzorg.be
www.mantelzorg.be

Steun en erkenning voor mantelzorgers

De vergrijzing en de ontwikkeling van chronische ziektes zorgen ervoor dat we onderling nog meer solidair moeten zijn. Als we willen dat hulpbehoevende personen thuis kunnen blijven wonen, is het dan ook hoog tijd om de plaats die de mantelzorger in onze maatschappij inneemt te erkennen.

Ondanks de geboekte vooruitgang op vlak van opvang, kent ons systeem nog steeds de nodige beperkingen. Daarom moeten we naast de gezondheidsprofessional een plekje voorbehouden voor de mantelzorger. Samen dragen ze bij tot het welzijn van de hulpbehoevende persoon. Een van de uitdagingen voor onze maatschappij is dan ook om de mantelzorger meer mogelijkheden tot ademruimte te geven, zodat hij de batterijen kan opladen om zijn zorgende taak voort te zetten. Onze maatschappij zal ook nog meer opvangplaatsen moeten voorzien. Zo kunnen de zieken genieten van een kwaliteitsvolle omkadering, terwijl de mantelzorgers op adem komen.

Een eerste stap is de erkenning van de mantelzorger en de tijd die hij aan zijn geliefde besteedt. Daarna zullen we creativiteit en innovatie aan de dag moeten leggen om de mantelzorgers te helpen bij hun taak. Van onze buurlanden kunnen we alvast iets leren: ze tonen in hun beleid vaak meer waardering voor de toewijding van mantelzorgers.

We moeten leren luisteren naar degenen die dagelijks de last dragen. De weg die we op vlak van mantelzorg moeten afleggen is zeker nog lang en hobbelig, maar zal op het einde van de rit de moeite waard zijn.

Innovatie in de gezondheidszorg : een bloemlezing

De techniek staat voor niets, ook niet in de sector van de gezondheidszorg. Maar welke vernieuwende wind waait er precies door de ziekenhuizen en andere zorginstellingen? Health Forum licht enkele opvallende voorbeelden uit het aanbod van innovatieve projecten!

Telegeneeskunde bij chronische ziektes

Universitair Ziekenhuis van Odense, Denemarken

In het Universitair Ziekenhuis van Odense werken onderzoekers rond verschillende toepassingen van telegeneeskunde ter ondersteuning van chronische ziektes. Onder meer volgende projecten staan er in de steigers: een continue draadloze monitoring van het hartritme via een



E-patch, consultaties van COPD-patiënten via videoconferentie, vertalingen van alle talen ter wereld door een professionele tolk tijdens raadplegingen, fysieke tele-educatie door een kinesist aan COPD-patiënten uit de zwaarste categorie, de elektronische verzending van foto's van diabetesvoeten door de

thuisverpleegkundige naar de ziekenhuischirurg.

Dergelijke vooruitstrevende projecten kunnen onder meer zorgen voor een daling van het aantal hospitalisatiedagen en een grotere patiënt- en huisartstevredenheid.

www.ouh.dk

Tolken via webcam

Universitair Ziekenhuis Gent

Sinds juli 2011 is in het Universitair Ziekenhuis Gent een tolk Vlaamse gebarentaal aanwezig. Deze kan zowel ter plaatse tolken tijdens raadplegingen als via een webcam vanop afstand. Deze innovatieve dienstverlening beperkt zich echter niet tot de Vlaamse gebarentaal. Ook enkele gesproken talen komen aan bod. Het project focust daarbij eerst en vooral op het Turks, Marokkaans of Berbers, aangezien maar liefst twee derde van de raadplegingen in een buitenlandse taal in die talen gebeurt. Daarnaast behoort ook het Russisch tot de prioriteiten. Het project blijft voorlopig beperkt tot het UZ Gent, het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen en twee ziekenhuizen in Charleroi, maar een uitbreiding behoort zeker tot de mogelijkheden. Dankzij deze vernieuwende dienstverlening zijn de zorgverstrekkers en patiënten dus niet langer lost in translation.

www.uzgent.be

Telegeneeskunde bij de verzorging van hiv/aids in ontwikkelingslanden

Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen



In 2003 zette het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen een systeem van teleconsultatie op poten om zorgverleners in ontwikkelingslanden te ondersteunen bij de behandeling van complexe hiv/aids-gevallen. En niet zonder succes, op 7 jaar tijd kreeg het Instituut maar liefst 1.135 aanvragen voor een teleconsultatie van zorgverleners uit landen met beperkte medische middelen (Congo, Myanmar, Kenia, India, ...).

De diagnose en behandeling van specifieke infecties, hiv-medicatie, de algemene organisatie van een gezondheidsinfrastructuur voor de behandeling van hiv/aids, ...: de zorgverleners uit ontwikkelingslanden kunnen vragen over al deze en meer aspecten van de ziekte posten op een forum. Een coördinator stuurt ze dan door naar een internationaal netwerk van specialisten en na gemiddeld 24u formuleren zij al een eerste antwoord. Het forum zelf is enkel toegankelijk voor geregistreerde gebruikers, maar de andere pagina's zijn toegankelijk voor iedereen die zich wil bijscholen

over deze problematiek. Dit project maakt dus op een vooruitstrevende manier gebruik van de mogelijkheden van het wereldwijde web om de kwaliteit van hiv/aids-verzorging overal ter wereld te verbeteren!

Telegeneeskunde-forum <http://telemedecine.itg.be/> Instituut voor Tropische Geneeskunde www.itg.be.

75 %



van de Vlaamse huisartsen laat zich vaccineren tegen seizoensgriep. Dat blijkt uit een onderzoek van professor Marc Van Ranst in samenwerking met het departement Gezondheidszorg en Technologie van de Katholieke Hogeschool Leuven. In de provincie Antwerpen stijgt dat per-

centage zelfs tot 82 %. De studie toont eveneens aan dat oudere artsen zich meer laten vaccineren.

2.500 euro

Zoveel betaalt een kankerpatiënt gemiddeld voor de behandeling van zijn ziekte, verspreid over iets meer dan 2 jaar. Bij leukemie en darmkanker stijgt dat bedrag tot boven de 3.000 euro. Dat blijkt uit een studie van het Hoger Instituut voor Arbeid (HIVA) in opdracht van de Vlaamse Liga tegen Kanker. De maanden vlak na de diagnose zijn voor kankerpatiënten het duurst. In dat eerste halfjaar moet een kankerpatiënt gemiddeld 212 euro per maand besteden aan medische uitgaven. Bij leukemiepatiënten loopt dat op tot 306 euro. Uit de studie blijkt tevens dat de ziektekosten in Brussel een pak hoger liggen dan in de andere regio's. Dat is voornamelijk te wijten aan het gebrek aan thuis- en mantelzorg in de hoofdstad.

54 %

van de huisartsen ziet een spirituele rol voor zichzelf weggelegd, zo blijkt uit een enquête van Dr. Liesbeth Smeets in het kader van haar masterproef. Toch vindt slechts 35 % van de ondervraagden dat hij of zij voldoende tegemoet komt aan de spirituele noden van de patiënt. De enquête werd verstuurd naar 782 Vlaamse artsen, waarvan een kwart reageerde.

Website stuurt beeld over dementie bij

Er heerst een verkeerd en ongenueanceerd beeld over personen en het leven met dementie. Daarom lanceren het Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid en het Expertisecentrum Dementie de website 'Vergeet dementie. Onthou mens'.

Hoe beleeft een mens met dementie zijn ziekte? Wat gaat er in hem of haar om? Hoe kunnen wij met z'n allen deze groeiende groep van personen met dementie zoveel mogelijk uit het verdomhoekje halen? Deze vragen komen allen aan bod op deze nieuwe website. Het hoofddoel is om het stigma te doorbreken van personen met dementie als willoze en gevoelloze mensen die afgeschreven zijn voor onze maatschappij.

De website kadert in de uitvoering van het Dementieplan Vlaanderen 2010-2014: "Naar een dementievriendelijk Vlaanderen".

www.onthoumens.be



Het Observatorium voor patiëntenmobiliteit eindelijk van start

Hoeveel buitenlandse patiënten komen naar België en voor welke behandelingen? Dat is één van de centrale vragen die het Observatorium voor patiëntenmobiliteit zal onderzoeken. Hoewel opgericht in 2010, lanceerde het Observatorium pas onlangs haar werkzaamheden.

Vele Nederlanders komen naar België om zich te laten behandelen in het kader van contracten die Belgische (vooral Vlaamse) ziekenhuizen ondertekenen met Nederlandse zorgverzekeraars. In de Frans-Belgische grensstreek trekken jaarlijks meer dan 7.000 patiënten de grens over. En dan zijn er nog de vele Luxemburgers en Italianen... Niemand die vandaag kan zeggen wat deze inkomende patiëntenstroom vertegenwoordigt. Vreemd, niet?

Dat vond ook de Belgische overheid en in 2007 riep ze daarom een Observatorium voor patiëntenmobiliteit in het leven. Na 4 jaar begint het Observatorium nu aan haar opdracht die vooral uit volgende prioriteiten bestaat:

- verzamelen van gegevens over de buitenlandse patiënten die naar België komen om zich er te laten behandelen of onderzoeken;
- nagaan wat de eventuele gevolgen zijn van deze instroom, zoals het ontstaan van wachttijden voor patiënten die onder de Belgische ziekteverzekering vallen;
- controleren van de toegepaste tarieven voor buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen.

De vaststellingen zullen resulteren in een jaarverslag, en indien nodig in aanbevelingen voor de overheid. De federale en regionale overheden hebben trouwens net als de ziekenfondsen, zorgverleners en werknemers- en werkgeversorganisaties (o.a. HealthCare Belgium) hun zitje in dit nieuwe overlegforum.

Registratie en inventarisatie

Wat de identificatie van buitenlandse patiënten vandaag bemoeilijkt, zijn de huidige registratieprocedures die in de ziekenhuizen toegepast worden. De gegevens van de buitenlandse patiënten worden wel geregistreerd, maar kunnen achteraf moeilijk geïdentificeerd worden in de verschillende categorieën van buitenlandse patiënten. Dit maakt de verfijning van de gebruikte codes des te noodzakelijker. Dat kan echter ten vroegste vanaf 2012, met gegevens die ten vroegste vanaf 2014 beschikbaar zullen zijn.

Het Observatorium heeft alvast het initiatief genomen om een inventaris te maken van alle samenwerkingscontracten die Belgische ziekenhuizen aangegaan zijn met buitenlandse verzekeraars of ziekenhuizen. Van de ziekenhuizen die al geantwoord hebben, heeft 30 % dergelijke samenwerkingsverbanden (sommigen slechts 1, anderen tot 6).

Tegen 2012 zou er een duidelijk beeld van deze zogenaamde zorgcontracten moeten zijn.

Europese richtlijn

De timing voor de opstart van dit Observatorium is alvast goed. Net als alle andere EU-lidstaten moet België tegen oktober 2013 de Europese richtlijn (2011/24) inzake patiëntenmobiliteit omzetten naar de Belgische wetgeving. De richtlijn moet onder andere een duidelijker rechtskader creëren voor de patiënten die zich over de grens willen laten behandelen. Of deze richtlijn tot een bijkomende patiëntenstroom zal leiden, valt nog af te wachten. Maar het Observatorium kan alleszins een nuttige rol spelen in deze grensoverschrijdende evolutie.

Christian Horemans

Expert Internationale Zaken
christian.horemans@mloz.be

Meer transparantie

De Onafhankelijke Ziekenfondsen zijn van mening dat:

- het Observatorium de kans biedt om eindelijk klaarheid te scheppen in de inkomende patiëntenstroom;
- er gestreefd moet worden naar transparantie m.b.t. de behandelingen en onderzoeken waarvoor buitenlanders naar België komen, alsook de tarieven die hiervoor aangerekend worden;
- het Observatorium erover moet waken dat andere lidstaten het ontbreken van een voldoende medisch aanbod of infrastructuur op hun eigen grondgebied niet doorschuiven naar België zonder in een eigen oplossing te investeren.

Cataractingreep

Minder kosten door operatietechniek via daghospitalisatie

Elk jaar moet 1 op de 100 personen zich laten opereren aan cataract, een ziekte die vooral voorkomt bij 60-plussers. Tussen 2006 en 2009 is het aantal ingrepen gestegen met 6,5 % per jaar, vooral dankzij een operatietechniek via daghospitalisatie die een vermindering van de kosten betekent voor zowel de patiënt als de maatschappij. Dat blijkt uit een studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

Als een oftalmoloog een patiënt voorstelt om een ingreep tegen cataract te ondergaan, is het belangrijk dat hij of zij over de juiste informatie beschikt om een doordachte keuze te maken. Daarom maakte de Studiedienst van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, op basis van de gegevens die ze ter beschikking heeft, een analyse van de kostprijs van een ziekenhuisverblijf voor de chirurgische

behandeling van dit probleem. Momenteel worden nog andere chirurgische verstrekkingen of aandoeningen onderzocht. Ook deze resultaten zullen in Health Forum prijken.

Wat is cataract?

Cataract is de geleidelijke vertroebeling van de kristallens, een kleine lens in het oog die zorgt voor een correct zicht. Leeftijd is

de voornaamste oorzaak van deze vertroebeling. De ziekte komt dan ook voornamelijk voor bij mensen boven de 60 jaar. Naar schatting laat elk jaar 1 op de 100 mensen zich opereren aan cataract. Een operatie is de enige oplossing om weer scherp te kunnen zien. Als de ziekte aan beide ogen voorkomt, gebeurt de behandeling op een oog tegelijk en zijn dus twee operaties nodig. Onze schattingen

...

Tabel 1

Aantal ingrepen per type hospitalisatie, 2006-2009

Soort van hospitalisatie	Jaar van verstrekking				
	2006	2007	2008	2009	Totaal
One Day	13.499	14.115	15.505	16.287	59.406
Klassieke hospitalisatie	1.026	1.094	926	897	3.943
Ingreep buiten ziekenhuis	5	2	8	113	128
Totaal	14.530	15.211	16.439	17.297	63.477

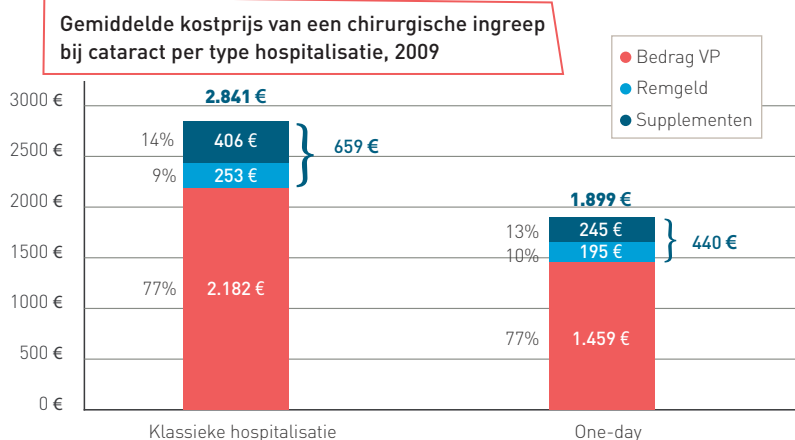
gaan dan ook over het prijskaartje voor de behandeling van één oog.

Op nationaal niveau vinden er elk jaar ongeveer 70.000 ingrepen plaats die de sociale zekerheid om en bij de 100 miljoen euro kosten. In 2008 zorgde een operatietechniek echter voor een toename van het aantal ingrepen via daghospitalisatie (one day). Op die manier steeg het aantal ingrepen tussen 2006 en 2009 met 6,5 % per jaar.

Hoe wordt cataract behandeld?

Bij de behandeling van cataract wordt de vertroebelde kristallens verwijderd en eventueel vervangen door een intraoculaire lens. We deden een onderzoek naar de verschillende extractietechnieken, de verschillende soorten ingeplante lenzen en de verschillende soorten ziekenhuisopnames.

Sinds 2008 wordt de operatietechniek **extracapsulaire extractie** (of phakoemulsificatie) het meest aangewend om de lens te verwijderen. De **extractie** gebeurt nu via **ultrasonen** en de chirurg plant meestal een soepele en/of multifocale **lens** in, vaak onder lokale/topische **verdoving** (al dan niet on-



der algemene verdoving) en onder toezicht van een anesthesist. Deze ingreep wordt in 90 % van de gevallen in **one day** (OD) uitgevoerd. Bij alleenstaande personen of mensen met een hoge comorbiditeit wordt eerder voor een klassieke ziekenhuisopname (KH) geopteerd.

Wat is het prijskaartje van de hospitalisatie (in 2009)?

Hieronder leest u de verdeling van de kosten ten laste van het RIZIV en de patiënten (remgeld en supplementen) met hun verschillende onderdelen:

- De behandeling via een klassie-

ke hospitalisatie kost de sociale zekerheid gemiddeld 2.182 euro en de patiënt 659 euro.

- Via daghospitalisatie (one day) kost de ingreep de sociale zekerheid gemiddeld 1.459 euro en de patiënt 440 euro. Een operatie in one day betekent voor de patiënt dus een **besparing van 33 %!**
- In de figuur 1 en de tabel 2 kunt u zien dat de **kosten ten laste van de sociale zekerheid** voor alle socio-economische statuten, alle soorten ziekenhuizen en alle kamertypes samen gemiddeld ongeveer **3/4 bedragen van de factuur van een cataractingreep voor een oog.**

...

Tabel 2

Gemiddelde kostprijs van een ingreep volgens het socio-economische statuut van de patiënt, het type hospitalisatie, het type ziekenhuis en het kamertype 2009

				RW – NIET RW						
				RW			NIET-RW			
Type hospitalisatie	Type ziekenhuis	Kamertype	N	Bedrag VP	Remgeld	Suppl.	N	Bedrag VP	Remgeld	Suppl.
Klassieke hospitalisatie	niet-universitair ziekenhuis	1-pers.	49	1.863 €	202 €	194 €	116	2.057 €	282 €	611 €
		2-pers.	40	2.112 €	185 €	102 €	99	1.865 €	257 €	458 €
		gemeensch.	105	1.948 €	188 €	128 €	214	1.956 €	249 €	465 €
	universitair ziekenhuis	1-pers.	16	2.756 €	223 €	423 €	53	2.624 €	325 €	478 €
		2-pers.	14	3.093 €	240 €	642 €	57	2.600 €	297 €	602 €
		gemeensch.	32	2.594 €	206 €	143 €	102	2.718 €	299 €	406 €
ONE DAY	niet-universitair ziekenhuis		3.086	1.456 €	196 €	79 €	11.381	1.245 €	191 €	298 €
	universitair ziekenhuis		359	1.681 €	211 €	76 €	1.478	1.304 €	216 €	213 €

De kosten indijken

Samengevat kan het deel van de **factuur voorbehouden voor de patiënt (25 %)** verminderd worden in functie van:

Het type hospitalisatie:

- OD: bedrag ongeveer 33 % goedkoper (remgeld + supplementen);
- KH: voorbehouden voor klinisch fragielere of alleenstaande personen;

Keuze van ziekenhuis/zorgverlener

(in functie van de medische omstandigheden van de patiënt):

- Universitair of niet-universitair ziekenhuis, voor te behouden voor klinisch fragielere personen;
- Regio van het ziekenhuis: in Vlaanderen lijkt het remgeld hoger (vanwege de chirurgische techniek);
- Bepaalde ziekenhuizen/zorgverleners hebben een facturatiebeleid van hoge ereloon-supplementen, verblijfskosten en de aanrekening van implantaten (lenzen) met een hoge veiligheidsmarge (wat het remgeld doet stijgen).

Keuze van het kamertype (1 of meer bedden)

Type gebruikte anesthesie: topische anesthesie met of zonder anesthesist/algemene verdoving

Socio-economisch statuut (RVV of niet)

Hospitalisatieverzekering

Via daghospitalisatie (one day) kost de ingreep de sociale zekerheid gemiddeld 1.459 euro en de patiënt 440 euro.

Rudy Van Tielen
Dr Chantal Neiryck

Studiedienst
Onafhankelijke Ziekenfondsen



Benieuwd naar de volledige studie?

Neem dan een kijkje op www.mloz.be/studies!



Informeren om de juiste keuzes te maken

De extracapsulaire techniek voor het verwijderen van de kristallens, voornamelijk uitgevoerd in daghospitalisatie, heeft niet alleen de cataractchirurgie danig veranderd. Ook de kosten ten laste van de maatschappij en de patiënten zijn aanzienlijk afgenomen:

- Dagchirurgie kost inderdaad minder dan een klassieke ziekenhuisopname. Een ziekenfonds is dan ook verplicht om zijn leden te informeren over de financiële gevolgen van hun keuze.
- Informatie geven over de kosten bestemd voor de ziekenhuizen en de zorgverleners zou het huidige gebrek aan informatie kunnen opvullen, onder andere voor de kosten op vlak van dagchirurgie.
- Gedetailleerde informatie voor de patiënt (en zijn behandelende arts) zou een meerwaarde betekenen voor het gezondheidssysteem. Met kennis van zaken kiezen voor een ziekenhuis en een hospitalisatietype kan besparingen opleveren voor het systeem, zonder dat de aangeboden verstrekkingen aan kwaliteit inboeten.
- Ook een grotere transparantie op vlak van de aangerekende prijs voor implantaten en het bijkomende materiaal en een controle op de prijzen zou de zorgverleners ertoe kunnen aanzetten om te kiezen voor materiaal met een beperkte financiële impact op de patiënten.
- Het ontstaan van verpleeginrichtingen in de buurt van de ziekenhuizen om de patiënten te observeren gedurende de 24 u of 48 u die volgen op de operatie zou het aantal klassieke ziekenhuisopnames kunnen doen dalen. Sinds 2009 worden deze ingrepen gedaan in centra die aan bepaalde normen beantwoorden.

Recht

Het mededingingsrecht binnen de zorgsector onder de loep

Het mededingingsrecht verzekert een effectieve concurrentie binnen verschillende sectoren. Maar wordt het ook toegepast binnen de gezondheidszorg? En nog belangrijker: rijmt het mededingingsrecht binnen de zorgsector met het recht op een kwaliteitsvolle verzorging? Doctor in de rechten Diego Fornaciari beantwoordt deze en veel meer vragen in zijn doctoraatsproefschrift aan de K.U. Leuven. Een synopsis!

En stijgende internationalisering bij apotheken, ziekenhuizen met kwaliteitslabels, buitenlandse commerciële groepen binnen de ouderenzorgvoorzieningen, ...: concurrentie speelt een steeds grotere rol binnen de zorgsector. De toenemende invloed van Europa (eHealth, patiëntenrechten binnen de grensoverschrijdende zorg, ...) is daar niet vreemd aan. In Nederland koos de overheid medio jaren 2000 zelfs voor meer marktwerking binnen de gezondheidszorg.

En in België?

Tot nu toe is weinig aandacht besteed aan de toepassing van de mededingingsregels op de Belgische gezondheidszorg. Die wordt namelijk niet beschouwd als een sector waarin de concurrentie speelt. Bovendien zorgt de grote mate van overheidsregulering ervoor dat de mogelijkheden tot concurrentie beperkt zijn. Volgens sommigen zijn zorginstellingen dan ook niet onderworpen aan de regels voor een vrije markt. Betekent dat dan dat Belgische zorgactoren geen economische ondernemingen zijn? Toch niet, enkele arresten van het Hof van Cassatie geven namelijk aan dat geneesheren en apothekers wel degelijk ondernemingen zijn.

Zorgactoren als 'ondernemingen'

Zelfs binnen een sterk gereguleerde Belgische zorgmarkt waar weinig ruimte is voor concurrentie,

kan het mededingingsrecht van toepassing zijn. De meeste Belgische zorgactoren gaan er dan ook best van uit dat ze ondernemingen zijn in de zin van het mededingingsrecht. Dat ze vaak non-profitinstellingen zijn die deels gefinancierd worden door de overheid, is daarbij van geen belang. Wel moet benadrukt worden dat een toepassing van het mededingingsrecht geen keuze inhoudt voor meer marktwerking in de zorg. Dit is een keuze die aan de nationale autoriteiten is voorbehouden en waar het mededingingsrecht geen invloed op heeft.

Vervalsen de subsidies van de overheid aan de zorgactoren de mededinging of niet?

Diensten van zuiver algemeen belang

Er is echter een uitzondering: als zorgactoren een dienst van zuiver algemeen belang vervullen, worden ze niet als een onderneming in de zin van het mededingingsrecht beschouwd. Denk bijvoorbeeld aan ziekenfondsen in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering. Dat geldt echter niet voor geneesheren, apothekers en ziekenhuizen. Zij worden in nationale en Europese rechtspraak wel gezien als ondernemingen. Hetzelfde geldt voor Ordes van Geneesheren en Apothekers, behalve wanneer ze beslissingen nemen die geen effect hebben op het economische verkeer en kaderen in de taken die de wetgever hen heeft opgedragen (zoals bij het opleggen van bepaalde tuchtsancties).

Gevolgen voor de gezondheidszorg

De toepassing van het mededingingsrecht heeft belangrijke gevolgen voor de activiteiten van zorgactoren. Als fusies tussen zorginstellingen bijvoorbeeld een bepaalde aanmeldingsdrempel overschrijden, moeten ze dat melden bij de Belgische mededingingsautoriteit. Die moet dan nagaan of de fusie een negatieve invloed heeft op de mededinging. Daarnaast stelt zich de vraag of bepaalde overeenkomsten tussen zorgactoren wel mogelijk zijn in het licht van de mededingingsregels. Kunnen de ziekenhuizen bijvoorbeeld een (zelfstandige) ziekenhuisarts verbieden om een privé-praktijk uit te baten? Kunnen de Ordes een reclameverbod opleggen aan hun leden? Ten slotte heeft de toepassing van het mededingingsrecht ook gevolgen voor de relatie tussen de overheid en de zorgactoren. Zo gaat de regelgeving inzake staatssteun na of de subsidies die de overheid aan zorgactoren verleent de mededinging al dan niet vervalsen. Daarnaast verplicht de overheid zorgactoren om bepaalde overeenkomsten af te sluiten die de mededinging kunnen beperken. Denk maar aan de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen (Medicomut). Komt dit systeem van prijsafspraken in het gedrang door de toepassing van het mededingingsrecht?

Recht op kwaliteitsvolle zorg

Dan rest nog de vraag of het mededingingsrecht rekening kan houden met de eigenheid van de zorgsector,

en meerbepaald met het recht op een kwaliteitsvolle verzorging van de patiënt. Uit onderzoek van de wetgeving, rechtspraak en rechtsleer blijkt dit wel degelijk zo te zijn. Voor bepaalde mededingingsbepalende afspraken kunnen zorgactoren namelijk een vrijstelling genieten als bewezen wordt dat de afspraken bijdragen tot een kwaliteitsverbetering van de dienstverlening.

Daarnaast zijn zorgactoren vaak belast met verplichtingen die verband houden met de uitoefening van taken van algemeen belang. Deze hebben betrekking op de continuïteit, kwaliteit en toegankelijkheid van de dienstverlening. Het mededingingsrecht houdt rekening met deze specifieke verplichtingen door een uitzondering toe te staan als een beperking van de mededinging noodzakelijk is om ze uit te voeren, bijvoorbeeld door het verlenen van subsidies.

Conclusie

Binnen de sector van de gezondheidszorg bestaan er verschillende, vaak conflicterende visies en belangen. Deze met elkaar verzoenen is dan ook de belangrijkste uitdaging van de toepassing van het mededingingsrecht.



Diego Fornaciari

Advocaat – Wetenschappelijk medewerker,
K.U. Leuven

'Verdwaald in het geheugenpaleis' eindelijk op dvd!

'Verdwaald in het geheugenpaleis' is een documentaire over Alzheimer en andere vormen van dementie die de kijker een uniek piepgaatje biedt in het dagelijkse leven van een aantal personen met deze aandoening. Ze wonen samen in een flat, met een continue begeleiding door zorgprofessionals. Het resultaat is een intiem en aangrijpend verhaal over hun dagelijkse ervaringen. Soms pijnlijk en somber, maar even vaak vrolijk en hoopvol!

Sinds haar release in september 2010 heeft de film maar liefst 20.000 bioscoopgangers naar de filmzalen gelokt. De documentaire werd gemaakt door Klara Van Es, met de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

De dvd (met ondertitels in het Frans en het Engels) is nu beschikbaar op het label Flanders Doc via hun online winkel <http://shop.flandersdoc.be/>.

eindelijk beschikbaar!



Meer info!

De dvd kost 16,95 euro, maar leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen kunnen de film kopen voor de bijzondere prijs van 12,95 euro* door de volgende code te gebruiken :

ML0Z50 (geldig tot 31 januari)

Info over de film: www.geheugenpaleis.be - Webshop : <http://shop.flandersdoc.be>

4 gezondheidsdocumentaires die u gezien moet hebben

De documentairefilm is aan een opmars bezig. Dat bewees 'Verdwaald in het Geheugenpaleis' onlangs nog door meer dan 20.000 bezoekers naar de Belgische bioscoopzalen te lokken. Geïnspireerd door het succes van deze documentaire, gemaakt met de steun van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, zoomt Health Forum in op vijf andere spraakmakende gezondheidsdocumentaires.

All My Tomorrows

90', Sonia Herman Dolz, 2010



In deze pakkende documentaire speelt kanker de hoofdrol. De camera volgt een kankerchirurg, een celbioloog, een nachtzuster, een kinderoncoloog en een patholoog in het Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Via de diverse verhaallijnen brengt de documentaire alle facetten van de ziekte in beeld: het persoonlijke leed van een vader die net verneemt dat zijn dochter kanker heeft, het wetenschappelijke kankeronderzoek in het laboratorium, en vooral de passie en toewijding waarmee gezondheidszorgprofessionals de strijd met de ziekte aangaan.

Thin

102', Lauren Greenfield, 2006



Het leven zoals het is in Renfrew Center, een residentieel centrum voor de behandeling van eetstoornissen... Aan de hand van de portretten van vier jonge vrouwen die met anorexia worstelen, vertelt fotografe en documentairemaakster Lauren Greenfield het pakkende en schrijnende relaas van de omgekeerde strijd tegen de weegschaal. De camera volgt de vrouwen tijdens hun behandeling en brengt de fysische, psychische, financiële en sociale gevolgen van anorexia in beeld. Op die manier krijgt de kijker zicht op een ziekte die frustrerend en complex is, zowel voor de patiënten zelf als voor de personen uit hun directe omgeving.

SICKO

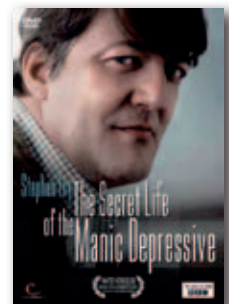
123' Michael Moore, 2007



In het genre van de gezondheidsdocumentaire is deze prent dé klassieker. Michael Moore, die eerder al een Oscar in de wacht sleepte voor Bowling For Columbine, werpt in zijn humoristische en vaak controversiële stijl een blik op de belabberde toestand van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten. Hij gaat op zoek naar de hiaten in het systeem, tracht de oorzaken bloot te leggen, toont de gevolgen en steekt de Atlantische Oceaan over om te kijken hoe het er hier aan toe gaat.

The Secret Life of the Manic Depressive

120', Stephen Fry, 2006



De Engelse acteur, auteur en documentairemaker Stephen Fry ontmoet in deze BBC-documentaire bekende en minder bekende personen die aan een bipolaire stoornis lijden. Hij praat met hen over de impact van de ziekte op hun dagelijkse leven. Fry, zelf manisch depressief, schetst aan de hand van zijn eigen ervaringen een onverbloemd beeld van de psychische aandoening en gaat op zoek naar mogelijke oorzaken van de stoornis. Aan de hand van persoonlijke getuigenissen van manisch depressieve personen krijgen we een unieke kijk op het dagelijkse leven met een bipolaire stoornis.

Rébécça, op weg naar autonomie

Benin, 2007. Dankzij de samenwerking tussen de NGO Louvain Coopération au Développement en de Onafhankelijke Ziekenfondsen zien twee ziekenfondsen het licht. Dit historische moment betekent een keerpunt in de geschiedenis van het land. Via de levenswandel van Rébécça legt Johan Stockmann het belang van deze gebeurtenis vast in een aangrijpend fotoboek. Laat u mee op sleeptouw nemen door dit verhaal van hoop en verandering!

Rébécça is het symbool van een Afrika dat z'n lot in eigen handen wil nemen. Deze weduwe en moeder van 5 kinderen werkt zich elke dag uit de naad om haar gezin te onderhouden en over hun gezondheid te waken. Dankzij de oprichting van 2 ziekenfondsen krijgt ze daartoe ook daadwerkelijk de kans.

Mutualistische solidariteit over de grenzen heen

Het belang van een ziekenfonds in een land als Benin behoeft geen betoog. Door de dekking van hun medische kosten kampt de lokale bevolking minder met financiële moeilijkheden en kunnen ze hun leven meer in eigen handen nemen. Bovendien heeft een ziekenfonds ook een emancipatorisch effect. Zo kunnen moeders bijvoorbeeld hun zieke kind laten behandelen op basis van het ziekenfondsboekje zonder af te hangen van de man die vaak het gezinsbudget beheert. Kortom, dankzij hun gezamenlijke initiatief plaveien Louvain Coopération au Développement en

de Onafhankelijke Ziekenfondsen mee de weg naar autonomie van Rébécça en haar landgenoten.

2 euro, een wereld van verschil

2 euro, dat is de jaarlijkse bijdrage per persoon om aangesloten te zijn bij een ziekenfonds. Het is een haalbaar bedrag voor de bevolking van Benin, maar een constante bewustmaking blijft nodig om de voordelen van een aansluiting bij het ziekenfonds toe te lichten.

Onder de babbelboom organiseren ziekenfondsanimateurs daarom gesprekken in de dorpen en gehuchten. Ze maken de mensen duidelijk dat iedereen, wanneer nodig, medische verzorging kan genieten dankzij dit systeem. Met succes zo'n project opstarten is dus niet vanzelfsprekend, maar de positieve impact van een ziekenfonds maakt die dagelijkse inspanningen meer dan waard.



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be



“Die glimlach die zo goed als nooit van haar gelaat verdwijnt”

Johan Stockmann is de auteur van ‘Rébécça, op weg naar autonomie’. In dit boek combineert hij zijn passie voor fotografie met zijn maatschappelijk engagement. We schotelen hem enkele vraagjes voor!

Hoe bent u op het idee gekomen om dit boek te maken?

Toen ik bij de NGO Louvain Coopération au Développement aan de slag ging, was ik snel erg geboeid door de ontwikkelingsprogramma's die ze op poten

zetten. Tot mijn grote spijt bleek ook vlug dat deze programma's erg onbekend zijn bij het grote publiek. Daar wou ik iets aan doen. En het project rond de ziekenfondsen in Benin, in samenwerking met de Onafhankelijke Ziekenfondsen, bleek de ideale kapstok voor dit fotoboek.

U hebt zich een maand ondergedompeld in het leven van Rébécça. Heeft die manier van werken een grote invloed gehad op de foto's?

Zeker. Door me onder te dompelen in het plaatselijke leven kon ik foto's maken die een grote authenticiteit en sereniteit uitstraalden. In het begin was Rébécça nog wat onwennig, maar na enkele dagen vergat ze bijna dat ik er was. Die oprechtheid was noodzakelijk voor het boek.

Wat sprong u vooral in het oog bij de plaatselijke bevolking?

Het viel me onmiddellijk op dat de mensen ondanks de armoede een grote levensvreugde uitstralen. Ze zijn steeds goedlachs en nooit heb ik ze horen klagen. Op verschillende foto's zie je het zweet parelen op het hoofd van Rébécça, maar tegelijkertijd is er de glimlach die zo goed als nooit van haar gelaat verdwijnt.

Rébécça's weg in beeld



Het einde van het droge seizoen



De granen goed bewaren



Karitéboter, een belangrijke bron van inkomsten



Rébécça betaalt slechts een klein deel van de geneesmiddelenprijs zelf dankzij haar aansluiting bij het ziekenfonds



Tijdens de alfabetiseringscursus

Enkele weetjes over Benin

- Hoofdstad: Porto-Novo
- Economische hoofdstad: Cotonou
- Ligging: West-Afrika, van de Atlantische Oceaan tot de Niger
- Bestuurlijke indeling: 12 departementen, onderverdeeld in 77 communes
- Officiële landstaal: Frans
- Klimaat: tropisch heet en vochtig
- Basisvoeding: granen, vooral maïs en gierst

De rol van de Onafhankelijke Ziekenfondsen in Benin

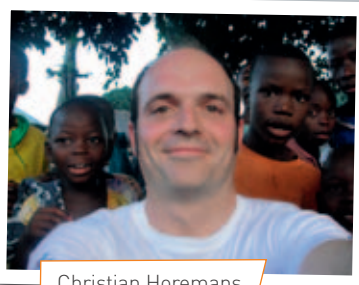
Als Expert Internationale Zaken bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen is Christian Horemans nauw betrokken bij het project in Benin. Hij geeft graag tekst en uitleg!

Wat is het verschil tussen een ziekenfonds in Europa en een ziekenfonds in Afrika?

Het is belangrijk om een goed onderscheid te maken tussen de Afrikaanse en de Europese context. Ziekenfondsen in Afrika zijn bijvoorbeeld veel kleinschaliger. Er bestaan geen Landsbonden en ze tellen maximaal 5.000 leden. Daarnaast is er in de meeste Afrikaanse landen ook geen overheidssteun, waardoor alles vertrekt vanuit de lokale gemeenschap.

Hoe gaat alles dan praktisch in z'n werk in Benin?

De lokale gemeenschap kiest vertegenwoordigers die vergaderen over de werking van het ziekenfonds. Het bedrag van de bijdrage, de medische kosten die verzekerd moeten worden, ...: zij hakken deze knopen door onder begeleiding van Louvain Coopération au Développement en haar lokale partners. Ook voor het dagelijkse beheer van het ziekenfonds is die begeleiding noodzakelijk.



Christian Horemans

Wat zijn de mogelijke valkuilen van zo'n ziekenfondsproject?

Een van de grootste uitdagingen bestaat erin om de leden aangesloten te houden. Mensen zijn namelijk snel geneigd om af te haken wanneer ze tijdens het jaar niet ziek zijn geweest en ze dus niks in ruil

krijgen voor de betaalde bijdrage. Een voortdurende sensibilisering is dan ook essentieel. Zo organiseert Louvain Coopération au Développement samen met lokale partners vaak toneeltjes over het concept van een verzekering en de verschillende aspecten van een gezonde levensstijl. Gezien de beperkte alfabetiseringsgraad is die orale informatieverstrekking erg belangrijk.

Hoe steunen de Onafhankelijke Ziekenfondsen dit project?

Onze input is tweeledig. Enerzijds bieden we financiële steun voor de logistiek (kantoorruimte, vervoersmiddelen, ...) en anderzijds stellen we ook onze expertise ter beschikking. Zo zetelen we in een technisch comité dat toekomstige pistes onderzoekt voor de ziekenfondsen in Afrika. Denk maar de creatie van een Landsbond of aanvullende diensten om ook de gezonde mensen te motiveren om zich aan te sluiten.

U bent zelf ook ter plaatse geweest. Wat is u in het bijzonder bijgebleven?

Vooraf de ontmoeting met de leden van de Algemene Vergadering in Ndahonta staat me op het netvlies gebrand. Hoewel de sfeer zeer gemoedelijk was, waren hun vragen erg pertinent en precies. Het leek wel een directiecomité, maar dan onder een grote boom op het Afrikaanse platteland.

S.V.

Praktische info

'Rébecca, op weg naar autonomie' kost 30 euro en is verkrijgbaar in alle filialen van boekhandel Club. Het is bovendien niet zomaar een boek: **per verkocht exemplaar kunnen namelijk 5 kinderen uit Benin lid worden van een ziekenfonds!**



www.mloz.be
christian.horemans@mloz.be



Zorgverblijf Dunepanne

Waar herstellen ook genieten is...



Wenst uw patiënt op krachten te komen?

Heeft uw patiënt na een chirurgische ingreep of tijdens een chronische ziekte behoefte aan een zorgverblijf om op adem te komen in de gezonde zeelucht? Of bent u op zoek naar tijdelijke opvang omdat zijn of haar mantelzorger er even tussenuit wil? Dan is een verblijf in Dunepanne de oplossing op maat! Ons zorgverblijf combineert een kwalitatieve hotel-service met individueel aangepaste verzorging. Het verzorgend personeel, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen en een arts staan dagelijks voor de gasten klaar. De kamers zijn ingericht naar hun noden en bovendien kunnen ook partners of mantelzorgers in Dunepanne verblijven.

Wist u dit?

Van januari t.e.m. maart 2012 kunnen alle gasten rekenen op een korting van 10% op de bruto verblijfsprijs. In combinatie met de tegemoetkoming van het ziekenfonds, kan deze korting zelfs oplopen tot zelfs oplopen tot **20% op de netto verblijfsprijs**. Bovendien ontvangt iedereen die een kamer tijdens het laagseizoen boekt een uniek welkomstgeschenk.

Meer weten?

Wenst u meer informatie over de verblijfprijzen, de tegemoetkomingen en de aanvraagprocedure? Surf dan naar www.dunepanne-mloz.be.

Digitale gezondheidsnetwerken in de lift

'Digitale patiënt en mobiele informatica', dat was het centrale thema eind oktober tijdens de debatten op het symposium in de Cercle de Wallonie, een evenement ondersteund door de Onafhankelijke Ziekenfondsen. Health Forum had een ontmoeting met Dr. Thierry Vermeeren, initiatiefnemer van dit project.

'Digitale patiënt en mobiele informatica', dat klinkt heel erg mysterieus. Kunt u ons hier iets meer over vertellen?

Dr Thierry Vermeeren - Op vlak van medische informatie is het



Dr Thierry Vermeeren

ziekenhuis een ingewikkeld systeem dat met twee beperkingen worstelt. Enerzijds is het een wereld die bestaat uit hypergespecialiseerde professionals met elk hun specifieke competenties. Het delen van hun kennis is dus een heikel punt. Anderzijds bestaat de professionele woordenschat die in ziekenhuizen gebruikt wordt uit honderdduizend termen. Deze worden vaak fout gebruikt bij gebrek aan een standaardcorpus en aan middelen om het potentieel

eruit te halen. Net nu heel wat Belgische ziekenhuizen bezig zijn met een herziening van hun manier om medische informatie te produceren, uit te wisselen en te gebruiken, leek het ons een goed moment om ervaringen te delen onder gezondheidsprofessionals. Dat is dan ook het hoofddoel van dit seminarie. Ook de mobiele informatica wordt echter aangekaart, omdat deze deel uitmaakt van de nieuwe uitdagingen van de sector.

Het hoofdthema van dit symposium was de ontwikkeling van digitale gezondheidsnetwerken en de productie en het gebruik van medische informatie, maar u doet meer dan alleen de evolutie ervan kaderen en schetsen.

T. V. - We wilden technologie belichten als katalysator van de verandering in de wereld van de

gezondheidszorg. Daarom hebben we ervoor gekozen om de digitale patiënt vanuit drie invalshoeken te bekijken die onderling complementair zijn: de businessimpact, de organisatorische evolutie en de plaats van de gebruiker binnen die nieuwe context.

Met de businessaspecten doelen we op de manier om het resultaat van de medische redenering bruikbaar, nuttig en begrijpbaar te maken voor iedereen die patiënten behandelt. De organisatorische aspecten dienen om boeiende ervaringen uit te wisselen tussen ziekenhuizen van verschillende omvang, specialiteiten en maturiteit. Het idee was om enkele goede praktijken te halen uit de invoering van de informatisering van het patiëntendossier. Ten slotte hebben we ons gebogen over de dagelijkse beleving van de gebruiker als producent en consument van medische informatie

...

'Hoog tijd om over te schakelen op eHealth'

Dat was, kort samengevat, de boodschap van de verschillende sprekers op het seminarie 'De digitale patiënt', een organisatie van de Cercle de Wallonie. Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, vestigde de aandacht op de noodzaak van een proactieve visie en de rol van de politiek in deze materie.

Frank Robben, General Manager van het eHealth Platform, hamerde op de dringendheid van de installatie van de eHealth-instrumenten. Volgens hem is het hoog tijd om vooruit te gaan met het reeds bestaande, om het risico te vermijden door de actualiteit voorbij gestreefd te worden.

Dr. Jean-Pierre Sabot, van het Ziekenhuisnetwerk

van sociale geneeskunde (Henegouwen), getuigde over de implementatie van een gedeeld medisch dossier in zijn netwerk. Hij legde de nadruk op het belang van opleiding en op de meerwaarde van een tool, gebruikt door de verschillende verzorgingsploegen in de schoot van het ziekenhuis.

Xavier Brenez vervolgde de ochtendsessie met een overzicht van de gezondheidsuitgaven in ons land. Hij herinnerde aan de achterstand van België op het vlak van nieuwe technologieën en eHealth en het belang van het gebruik van performantiemaatstaven in de gezondheidszorg.

www.ehealth.fgov.be

Waarom hebt u Xavier Brenez, Directeur-generaal van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, uitgenodigd?

T. V. – Aangezien een patiënt ook een burger en een ziekenfondslid is, wilden we de problematiek vanuit verschillende standpunten bekijken. Het standpunt van de jurist, de arts, de econoom, maar ook van het ziekenhuis, het ziekenfonds en de overheid. Daarom hebben we Xavier Brenez uitgenodigd. Zijn standpunt vormt een antwoord op het medische

standpunt van Dr. Jean-Pierre Sabot, Directeur-generaal van het Ziekenfondsnetwerk van de Sociale Geneeskunde, en het institutionele standpunt van Frank Robben, Directeur-generaal van het platform eHealth.

Dit evenement is het eerste in een reeks van symposia. Kunt u ons hier wat meer uitleg over geven?

T. V. – Dit seminarie bewijst dat er veel interesse is van alle gezondheidsactoren, zeker voor de problematiek van het pati-

entendossier. We hebben dan ook beslist om in 2012 met de problematiek voort te gaan vanuit het ziekenfondsstandpunt, en in 2013 vanuit institutioneel standpunt. Elk seminarie zal voor en door professionals uit de sector georganiseerd worden. Het Wetenschappelijk Comité zal een 'white paper' publiceren over de vooruitgang die geboekt werd, dankzij de uitwisseling van ervaringen en de debatten.



Piet Van Eenoooghe
piet.vaneenoooghe@mloz.be

Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

De Onafhankelijke Ziekenfondsen volgen de actualiteit op de voet. Neem gerust ook een kijkje op onze site www.mloz.be voor meer nieuws.

MASMUT: op weg naar kwaliteitsvolle medische verzorging in ontwikkelingslanden

Ziekenfondsen, NGO's, academische centra en de Belgische overheid: ze maken allemaal deel uit van MASMUT, een Belgisch platform dat de toegang tot kwaliteitsvolle medische verzorging in ontwikkelingslanden wil verbeteren. Om de belangrijke rol van ziekenfondsen in deze landen in de verf te zetten, heeft het platform een memorandum klaargestoomd. Een tipje van de sluier! Ook de Onafhankelijke Ziekenfondsen stellen hun expertise ter beschikking van MASMUT. Samen met vele andere partners denken we na over verschillende pistes om de toegang van financieel kwetsbare mensen in ontwikkelingslanden tot medische verzorging te verbeteren. De oprichting van ziekenfondsen in deze landen is daarbij van essentieel belang (lees artikel p. 28).

Via 9 vragen legt het memorandum van MASMUT de klemtoon op de belangrijke rol van ziekenfondsen als partner in de toegang tot een kwaliteitsvolle gezondheidszorg. De werking van ziekenfondsen, hun sociale waarden en hun meerwaarde bij de democratisering van de gezondheidszorg: het wordt allemaal haarfijn uit de doeken gedaan.

www.masmut.be

32% van de Belgische
tandartsen is aangesloten bij een van
de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Pleidooi voor innovatie op vlak van gezondheid



Tijdens zijn uiteenzetting op het Medtech Forum beklemtoonde Dhr. Van Emelen, Innovation Director van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, dat innovatie in de gezondheidszorg een absolute noodzaak én een uitdaging is. Het Medtech Forum is een forum georganiseerd door

Eucomed, de organisatie die de industrie van de medische technologie in Europa vertegenwoordigt.

"Willen we dezelfde kwaliteit van zorg aanbieden, dan moeten we voor innovatie geld vrijmaken en streven naar een meer efficiënte organisatie van de gezondheidszorg. Een nieuw preventiemodel, met ruimte voor bewustmaking en incentives én een nieuw chronische zorgmodel staan hierin centraal."

Handboek

Hét handboek voor de EHBO'er

De EHBO'er is en blijft een onmisbare schakel bij de verzorging van ongevalsslachtoffers. Om de eerste hulp bij ongevallen vlot te laten verlopen, is een permanente bijscholing dan ook onontbeerlijk. Voor EHBO'ers die de vinger aan de pols willen houden, is dit boek daarom verplichte kost. Zowel frequent als minder frequent voorkomende gevallen komen aan bod en alle gevallen worden bevattelijk en glashelder uit de doeken gedaan. Kortom, dit handboek is de gids op weg naar een bredere basiskennis van de EHBO'er en een betere kwaliteit van de verleende verzorging!



'EHBO, Eerste hulp bij ongevallen' Paul Broos, Stefaan Nijs, Marc Sabbe, Filip Stockman, Acco, 2011, 189 blz., ISBN 978-90-334-8499-5

Boek

Spijverteringsziekten onder de loep

Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel maken vele mensen het leven zuur. Het gaat om een breed spectrum aan ziektes die een multidisciplinaire aanpak vereisen. Het belang van dit boek behoeft dan ook geen betoog. 'Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel' zet namelijk alle belangrijke gastro-enterologische ziektes op een rij en bespreekt zowel de pathologie, epidemiologie, behandeling en opvolging van deze aandoeningen. Omdat de auteurs de klemtoon leggen op klinisch relevante praktijken, kan dit boek jarenlang van nut zijn voor zowel studenten geneeskunde, artsen als verpleegkundigen.



'Aandoeningen van het spijsverteringsstelsel' Freddy Penninckx, Georges Coremans, Tania Roskams, Acco, 2011, 357 blz., ISBN 978-90-334-8492-6

Zakboek

Keel-, neus- en oorheelkunde in een notendop

Een opvallende vaststelling: 30 % van de raadplegingen van de huisarts betreffen klachten rond het hoofd en de hals, maar toch komt keel-, neus- en oorheelkunde relatief weinig aan bod in de medische opleiding. Dit zakboek wil die discrepantie definitief verhelpen. Het bundelt namelijk de belangrijkste aandoeningen binnen dit vakgebied op systematische en overzichtelijke wijze. Op die manier vormt dit boek een uitstekende leidraad voor zowel studenten geneeskunde als artsen!



'Zakboek keel-, neus-, oorheelkunde' Frans Debruyne en Henri Marres, Acco, 2011, 272 blz., ISBN 978-90-334-8380-6

Boek

Het belang van communicatie

Een goed gesprek heelt vele wonden', luidt het spreekwoord. Een effectieve communicatie tussen arts en patiënt is dan ook een belangrijke voorwaarde voor een goede behandeling. Luisteren en praten in de context van zorgverlening is echter niet zo eenvoudig als het lijkt. Daarom biedt dit boek een karrenvracht aan praktische tips en adviezen voor een goede communicatie in verschillende situaties en bij verschillende types van mensen. Kortom, boeiend en leerrijk leesvoer voor iedereen die werkzaam is in de zorg- en welzijnssector.



'Aan weerszijden van de stethoscoop' Jan De Lepeleire en Manu Keirse, Acco, 2011, 144 blz., ISBN 978-90-334-8482-7



Health Forum*, het magazine voor zorgprofessionals

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

Abonneer u gratis of abonneer uw collega's!

Mail naar health-forum@mloz.be



www.mloz.be

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

2.000.000 verzekerden
schenken ons hun vertrouwen

Jij ook?

Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

