

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw -
Groenveldstraat 15 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos – Winegemsteenweg 70 Bus 005
– 2970 's Gravenwezel
- nummer 55 – november 2010 - verschijnt in jan- ma- jun-
sept en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail
Erkeningsnummer: P2A8311

NIEUWSBRIEF

PROVINCIALE TERUGKOPPELMOMENTEN: PATIËNTEN BESPREKEN KNELPUNTEN

AFRONDING VAN DE KNELPUNTENVERZAMELING

Sinds 2007 voert het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) bevestigingen uit bij haar ledenverenigingen om na te gaan met welke knelpunten ze worden geconfronteerd: eerst bij de verenigingen rond zeldzame aandoeningen (2007-2008) en vervolgens bij de andere verenigingen (2009-2010). Tijdens provinciale terugkoppelmomenten werd dit najaar aan de deelnemers verduidelijkt hoe al deze knelpunten werden vertaald en ingedeeld. Ze kregen de kans om hun eigen knelpunten (opnieuw) te formuleren of aan te vullen en hierover met de anderen van gedachten te wisselen.

START PRIORITERING

Na de inventarisatie van knelpunten werd aan de deelnemers gevraagd om in het overzicht dat die dag werd samengesteld drie prioritaire knelpunten aan te geven. Hiermee werd voor iedereen duidelijk dat keuzes nodig zijn om ervoor te zorgen dat dringende, belangrijke en noodzakelijke knelpunten eerst worden aangepakt.

Deze prioritering door ledenverenigingen vormde vervolgens één van de aandachtspunten voor het bestuur om prioriteiten aan te brengen in de werking van het Vlaams Patiëntenplatform (VPP). Daarnaast gingen de bestuursleden voor elke knelpunt na:

- of de aanpak ervan aansluit bij de missie van het VPP om de levenskwaliteit van de individuele patiënt te verhogen;
- hoe gemeenschappelijk het knelpunt voor de leden van het VPP is;
- wat de impact ervan is op de levenskwaliteit;
- hoe dringend het knelpunt dient aangepakt te worden;
- hoe haalbaar het is om het knelpunt aan te pakken;
- of het VPP zich kan profileren met dit knelpunt bij het beleid, de pers e.a.

Eind 2010 wordt de prioritering gefinaliseerd en begin 2011 willen we jullie op de hoogte brengen van het resultaat.

CONFERENTIE EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG OP 11 DECEMBER 2010

In 2010 nam het VPP intensief deel aan de verschillende werkgroepen¹ die de eerstelijnsconferentie van minister Vandeurzen voorbereidden. Ook gingen we bij jullie te rade over eerstelijnsgezondheidszorg via een denkdag en een enquête. De inbreng van meer dan tweehonderd patiënten mondde uit in een standpunttekst over eerstelijnsgezondheidszorg die we binnen de verschillende werkgroepen verdedigden.

Daarnaast organiseerde het VPP voorbereidende samenkomsten om feedback te geven op de voorlopige teksten van de werkgroepen tijdens lokale SEL-samenkomsten². Drieëntwintig patiënten verspreid over 6 SEL-samenkomsten lieten overtuigend hun stem horen te midden van een publiek dat overwegend uit zorgverleners bestond. We wensen hen hier hartelijk voor te bedanken.

Het congres op 11 december 2010 is de afsluiting van een proces waarin beleid, zorgverstrekkers en patiëntenvertegenwoordigers met elkaar in dialoog gingen om te komen tot een strategische visie over de Vlaamse eerstelijns gezondheidszorg.

HET VPP STANDPUNT

De standpunttekst die vorm kreeg op basis van de rijke input van patiënten stelt dat eerstelijnszorg gericht moet zijn op:

- het leveren van generalistische (algemene) professionele zorg, waar nodig;
- het tijdig doorverwijzen naar gespecialiseerde zorg, waar noodzakelijk;
- het bevorderen en ondersteunen van zelf- en mantelzorg;
- het bevorderen van algemene preventieve zorg en van preventieve zorg als onderdeel van de behandeling.

Hiermee vragen we gedeelde zorg op maat van de patiënt,

- waarbij verantwoord wordt omgegaan met middelen;
- niet wordt uitgegaan van het aanbod maar van de individuele zorgbehoeften.

Eerstelijnszorg moet de zelfstandigheid van de patiënten bevorderen en vermijden dat patiënten zorgafhankelijk worden. Dat goede samenwerking en een vlotte communicatie tussen zorgverleners, patiënten en mantelzorgers hierbij cruciaal zijn, lijdt geen twijfel.

Concreet vraagt het VPP

- Respect voor de vrije keuze van de patiënt zoals gegarandeerd door artikel 6 van de patiëntenrechtenwet. In dit kader vinden we dat de inschrijving bij één huisarts onder bepaalde (kwaliteits)voorwaarden gestimuleerd mag worden: geen meerkost, eenvoudige wijzigingsmogelijkheden, faciliteiten voor een 'second opinion', de aanwezigheid van een opvangnet voor hoogdringendheid,...
- Een betere toegankelijkheid van de eerstelijnszorg door toepassing van de derdebetalersregeling³ en het automatisch toekennen van voordelen (vb. verhoogde tegemoetkoming via het omnio-statuut) voor patiënten die er recht op hebben.
- Neutrale zorgbemiddelaars die:

¹ In deze voorbereidende werkgroepen gaan de Vlaamse overheid, organisaties van zorgverstrekkers en vertegenwoordigers van patiënten met elkaar in dialoog.

² Samenkomsten van Samenwerkingsinitiatieven in de Eerste Lijn (SEL).

³ Regeling waarbij je enkel het remgeld betaalt.

- op vraag van patiënten en mantelzorgers ondersteuning bieden bij de zorgregie en het opstellen van een zorgplan;
 - patiënten informeren over het zorgaanbod welzijn en gezondheid;
 - patiënten wegwijs maken in alle premies, tegemoetkomingen en andere voordelen;
 - de patiënt gericht doorverwijzen naar bestaande diensten;
 - eerstelijnsverleners stimuleren om patiënten te informeren over het bestaan en de bereikbaarheid van de neutrale zorgbemiddelaar;
 - patiënten indien nodig thuis opzoeken.
- Toegankelijke ombudspersonen voor het registreren en bemiddelen bij klachten in de eerste lijn en het omzetten van klachten en aanbevelingen in functie van kwaliteitsverbetering van de eerstelijnszorg.
 - Transparante kwaliteitsmeting waarbij naast klinische indicatoren ook oog is voor de ervaringen en de tevredenheid van patiënten.
 - Meer geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn, zowel om mensen met een chronische ziekte en hun mantelzorgers een goede psychologische ondersteuning te bieden als om eerstelijnsverleners te ondersteunen en dit door het uitbouwen van een netwerk van eerstelijnspsychologen en referentieverpleegkundigen geestelijke gezondheid.
 - Een vlotte samenwerking vanuit de eerste lijn met patiënten- en mantelzorgverenigingen en met ziekenhuizen.
 - Voorwaarden voor het elektronisch uitwisselen van patiëntgegevens zodat de patiënt kan bepalen welke zorgverleners zijn gegevens geheel of gedeeltelijk kan inkijken en zodat de patiënt zelf inzage heeft in zijn dossier en dit kan aanvullen met belangrijke informatie.

Samengevat verwachten we van eerstelijnszorg het volgende:

- dat ze behoeftegericht is;
- dat ze naadloos aansluit bij andere zorg;
- dat ze gekend is door patiënten dankzij neutrale informatie over het zorgaanbod;
- dat ze gemakkelijk toegankelijk is, niet alleen fysiek maar ook financieel;
- dat ze de vrije keuze van de patiënt respecteert;
- dat ze gebruik maakt van ervaringsdeskundigheid.

Gepaste eerstelijnszorg moet dus bepaald worden in overleg met patiënten en gericht zijn op preventie, de ondersteuning van zelfzorg en mantelzorg, algemene professionele zorg indien nodig en verwijzing naar gespecialiseerde zorg indien noodzakelijk.

PRAKTISCH

Wil je er graag bij zijn als de visie op eerstelijnsgezondheidszorg wordt voorgesteld? Schrijf je dan voor 3 december 2010 in voor de eerstelijnsconferentie die zal plaatsvinden op zaterdag 11 december 2010 in het Astridhotel in Antwerpen. Via de website <http://www.conferentie-eerstelijnsgezondheidszorg.be> en het luik 'Inschrijven en praktisch' kan je je online inschrijven en vind je het programma en een routebeschrijving. Het VPP zal de patiënt vertegenwoordigen als spreker in het panel en in de werkgroepen.

De in deze nieuwsbrief opgenomen artikels mogen worden overgenomen mits bronvermelding. Je kan het artikel in een Word-versie opvragen via info@vlaamspatientenplatform.be

PLAN ZELDZAME ZIEKTEN

De ontwikkeling van het “Belgische Plan Zeldzame Ziekten” verloopt in twee fasen: fase één werd in mei 2010 aan de bevoegde autoriteiten overhandigd⁴. De oplevering van de tweede fase is gepland voor maart 2011.

UITWERKING VAN FASE EEN DOOR HET FONDS ZELDZAME ZIEKTEN EN WEESGENEESMIDDELEN

Het Fonds Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen kreeg van minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Laurette Onkelinx en van het RIZIV de opdracht een beleidsactieplan voor zeldzame ziekten op te stellen. Het Fonds wordt beheerd door de Koning Boudewijnstichting (KBS) en wil alle partijen in België die bij zeldzame ziekten betrokken zijn samenbrengen en aansturen op een samenhangend beleid dat de levenskwaliteit van patiënten met een zeldzame ziekte en hun omgeving verbetert. Binnen dit Fonds worden patiënten vertegenwoordigd door RaDiOrg.be, het VPP en LUSS.

De aanbevelingen en voorstellen tot maatregelen die het Fonds in fase één uitwerkte om te komen tot een Belgisch Plan Zeldzame Ziekten zijn terug te vinden op de website www.kbs-frb.be. Het gaat om elf maatregelen waarvan verwacht wordt dat ze op korte termijn kunnen worden geïmplementeerd. De maatregelen zijn verdeeld over vier verschillende actiedomeinen:

- de organisatie van klinische expertise om de gezondheidsresultaten van patiënten te verbeteren;
- codificatie en inventarisatie van zeldzame ziekten;
- mensen meer bewust maken van de problematiek, belanghebbenden informeren en patiënten empoweren;
- toegang tot diagnose, medicatie, behandeling en patiëntmanagement en de directe en indirecte kosten daarvan.

De maatregelen die in de tweede fase voorgesteld zullen worden, hebben betrekking op dezelfde én op nieuwe actiedomeinen.

DENKDAG PATIENT EMPOWERMENT OP ZATERDAG 18 DECEMBER 2010

In de tweede fase van het Plan wordt er onder andere gewerkt rond patient empowerment. Er moeten maatregelen voorgesteld worden om patiënten(verenigingen) (beter) te ‘empoweren’. De KBS wil in dit kader patiënten met een zeldzame ziekte uitnodigen om hierover te reflecteren. Op zaterdag 18 december wordt er daarom een denkdag georganiseerd rond ‘leven met een zeldzame ziekte – patient empowerment’. Een aantal richtvragen waarrond gewerkt zal worden zijn:

- Wat is volgens jou belangrijk om het leven gemakkelijker in eigen handen te kunnen nemen? Heb je bijvoorbeeld behoefte aan meer informatie en meer inzicht in je ziekte? Of vind je dat je arts of andere zorgbeoefenaars meer naar jouw mening zouden moeten vragen en luisteren? Kan je zelf voldoende meebeslissen over je behandeling? Hoe zou dat kunnen verbeterd worden?
- Welke problemen ervaar je op vlak van werk, school en vrije tijd. Welke maatregelen zouden dit kunnen verbeteren?
- Op welke manier kan een patiëntenvereniging er voor zorgen dat haar leden meer greep krijgen op hun leven, zelf initiatief kunnen nemen, voor zichzelf kunnen opkomen, zicht kritisch bewust

⁴ Een aanbeveling van de Europese Raad (2009/C 151/02) stelt dat lidstaten een plan voor zeldzame ziekten moeten opstellen en implementeren tegen 2013 om zo de toegang en de billijkheid van preventie, diagnose, behandeling en revalidatie voor patiënten die lijden aan zeldzame ziekten te verbeteren.

worden van hun sociale situatie, hun noden en hun rechten? Welke ondersteuning heeft jouw vereniging nodig om de ervaringsdeskundigheid van al haar leden te bevorderen?

- Wat verwacht je van de samenwerking/informatie-uitwisseling/het overleg tussen patiëntenverenigingen die werken rond zeldzame ziekten? Op welke manier kan dit de ervaringsdeskundigheid van je leden bevorderen?
- Hoe denk je als patiënt of als patiëntenvereniging jouw stem beter te kunnen laten horen bij de beleidsmaker en anderen – de regering, de ziekenfondsen, de artsen,
- Heb je ideeën over hoe we ‘zeldzaam en onbekend’ kunnen omkeren naar ‘zeldzaam en toch bekend’.

Ben je zelf patiënt met een zeldzame ziekte of vertegenwoordig je een patiëntenvereniging rond een zeldzame ziekte, dan ben je van harte welkom op deze denkdag.

Waar: bij de Koning Boudewijnstichting in Brussel (Brederodestraat 21)
Wanneer: op zaterdag 18 december 2010 van 10u30 uur tot ongeveer 16 uur
Info en inschrijvingen: bij Ann Nicoletti van de Koning Boudewijnstichting (op het nummer 02 549 02 16 of via e-mail nicoletti.a@kbs-frb.be) en dit voor 4 december.

WERKEN MET EEN ZIEKTE- EN INVALIDITEITSUITKERING: TOEGELATEN ARBEID

“Vorig jaar werd ik ziek. De adviserend geneesheer van het ziekenfonds verklaarde me arbeidsongeschikt en ik kon aanspraak maken op een ziekte-uitkering. Nu heb ik mijn ziekte onder controle en snak ik er naar om terug aan het werk te gaan. Een voltijdse job zal niet meer lukken, maar een aantal dagen per week kan ik best aan. Maar wat gebeurt er dan met mijn uitkering? En wat als het werken toch te zwaar blijkt?”

INLEIDING

Arbeidsongeschikt verklaard worden door de adviserend geneesheer van de mutualiteit betekent niet automatisch dat je geen betaalde job meer kan uitoefenen. Voor werknemers uit de privésector en zelfstandigen voorziet de wetgever toegelaten arbeid, een systeem waarbinnen je het werk gedeeltelijk hervat. Werknemers die tewerkgesteld zijn in het systeem van toegelaten arbeid, behouden het recht op een uitkering van het ziekenfonds naast het loon van de werkgever. De som van het beroepsinkomen en de (verminderde) uitkering liggen altijd hoger dan het bedrag van de uitkering indien je niet werkt. Voor overheidspersoneel bestaan er andere regelingen, die zullen worden toegelicht in een volgende uitgave.

De in deze nieuwsbrief opgenomen artikels mogen worden overgenomen mits bronvermelding. Je kan het artikel in een Word-versie opvragen via info@vlaamspatientenplatform.be

TIEN ZAKEN DIE JE MOET WETEN VOOR JE IN HET SYSTEEM STAPT

1. Toelating van de adviserend geneesheren van de mutualiteit

Om toelating tot de uitoefening van een beroepsactiviteit tijdens de ongeschiktheid te bekomen, moet je voor de hervatting van elke activiteit een aanvraag indienen bij een adviserend geneesheer van je ziekenfonds. Deze kan de toelating verlenen voor zover de job verenigbaar is met de aandoening.

In de praktijk is het zo dat de regelgeving rond toegelaten arbeid door verschillende adviserend geneesheren anders geïnterpreteerd kan worden.

- Hoewel in de wetgeving geen maximale duur van tewerkstelling in het systeem van toegelaten arbeid is opgenomen, gaan sommige adviserende geneesheren wel van de veronderstelling uit dat iemand in dit systeem evolueert naar een voltijdse tewerkstelling.
- Bovendien is het volgens heel wat adviserende geneesheren niet mogelijk om meer dan 50% te gaan werken omdat je dan als 'arbeidsgeschikt' beschouwd wordt en dus geen uitkering meer ontvangt. Ten gevolge van een bepaalde chronische ziekte of aandoening zijn sommige personen met een chronische ziekte niet meer in staat om voltijds te gaan werken maar kunnen nog wel meer dan halftijds gaan werken.

Personen met een chronische ziekte moeten dus in het systeem van toegelaten arbeid ook de mogelijkheid hebben om bijvoorbeeld 20%, 65% of 70% te werken. De huidige wetgeving laat dit toe maar adviserende geneesheren interpreteren de wetgeving niet altijd op deze manier.

Tip: Vraag steeds toelating aan je adviserend geneesheer van je mutualiteit vooraleer terug aan de slag te gaan binnen het systeem van toegelaten arbeid.

2. Administratieve verplichtingen voor de werknemer

Om een tegemoetkoming te ontvangen in het kader van toegelaten arbeid, moet je als werknemer iedere maand aan de mutualiteit je loongegevens doorgeven. Hiervoor moet je bij je werkgever een document 'Inkomstenverklaring van een toegelaten activiteit' laten invullen.

3. Verlies van dubbel vakantiegeld

Enkel vakantiegeld is het loon dat je ontvangt op dagen dat je betaald verlof neemt, dubbel vakantiegeld ontvang je jaarlijks extra, meestal in de maanden mei of juni.

Voor mensen die in het systeem van toegelaten arbeid stappen bestaat deze extra ook, maar de uitkering van de mutualiteit zal hieraan aangepast worden. Dubbel vakantiegeld en ziekte-uitkering zijn dus niet cumuleerbaar. Het maandinkomen blijft wel gelijk voor de twaalf maanden, ook al is de som van het vakantiegeld lager dan de uitkering. De overheid past immers het verschil tussen dubbel vakantiegeld en uitkering bij zodat de werknemer zelf geen verlies lijdt. In praktijk komt het er dus op neer dat je geen extra's krijgt zoals gewone werknemers.

4. Temporele beperkingen voor zelfstandigen

Wanneer je als zelfstandige met een chronische ziekte terug aan de slag wil gaan via het systeem van toegelaten arbeid moeten je je houden aan heel wat temporele beperkingen. Je mag 18 maanden werken in het stelsel van toegelaten arbeid wanneer je dezelfde activiteit uitoefent als voorheen. Wanneer je een andere activiteit uitoefent, mag je 12 maanden onder dit stelsel werken. Voor zelfstandigen met een

chronische ziekte betekent dit automatisch dat zij terug voltijds moeten gaan werken hoewel zij hiertoe vaak niet meer in staat zijn. Dit impliceert vaak een stopzetting van hun activiteit als zelfstandige.

5. Vakantiedagen verbonden aan het ontvangen van een uitkering

Het ziekenfonds vraagt in de loop van de maand december of je vakantiedagen (verbonden aan het ontvangen van een uitkering in het voorbije jaar) al zijn opgenomen. Indien je vakantiedagen nog niet zijn opgenomen of je hiervan geen bewijs kan leveren, dan wordt de uitkering voor de maand december volledig ingehouden omdat het ziekenfonds ervan uitgaat dat je je resterende vakantiedagen alsnog tijdens de maand december zal opnemen. Als de betrokken persoon hier niet van op de hoogte gebracht werd, kan dit een onverwachte financiële tegenslag zijn.

Tip: Vergeet niet je vakantiedagen op te nemen en informeer je hierover bij je mutualiteit.

6. Invloed op je belastingen

De bezoldiging en de ziekte-uitkering vormen binnen toegelaten arbeid het inkomen. Ook alle éénjaarlijkse premies zoals een eindejaarspremie, dubbel vakantiegeld, aandelen in de winst, dertiende maand enz. die betaald werden in de vier kwartalen vóór de aanvang van de toegelaten arbeid, maken deel uit van je beroepsinkomen en tellen dus mee. Elk deel op zich is onvoldoende groot voor een belastingsheffing, maar op het geheel van het inkomen ben je wel bedrijfsvoorheffing verschuldigd. Voor ziekte-uitkeringen moet er enkel maar bedrijfsvoorheffing betaald worden op primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (uitkering gedurende het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid) en niet op invaliditeitsuitkeringen (uitkering vanaf het tweede jaar van arbeidsongeschiktheid). De bedrijfsvoorheffing mag niet tot gevolg hebben dat de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering lager is dan het bedrag van de minimumuitkering leefloon, maar bij toegelaten arbeid geldt deze beschermingsmaatregel niet. Dit kan een financiële opdoffer betekenen omdat je meer dan een jaar later geconfronteerd wordt met een hoge afrekening via de belastingsaanslag.

7. OMNIO-statuut en verhoogde kinderbijslag

Het OMNIO-statuut geeft recht op betere vergoeding van medische kosten (arts, tandarts, kinesitherapeut, apotheker, hospitalisatie, ...) voor gezinnen met een laag inkomen. De persoonlijke bijdrage (remgeld) die je voor die prestaties betaalt, is dan lager. Wanneer je inkomen door tewerkstelling verhoogt, betekent dit ook het verlies van dit statuut. Hoewel de medische kosten vaak dezelfde blijven (ook al ga ja nu werken), verlies je toch de verhoogde tegemoetkomingen voor consultaties, medicatie, ... die het OMNIO-statuut inhoudt.

Om verhoogde kinderbijslag te ontvangen moet je gedurende een ononderbroken periode van zes maanden een ziekte-uitkering ontvangen. Chronisch ziek zijn kan echter een proces zijn van een wisselende gezondheid wat betekent dat je slechts gedurende korte periodes kan werken. Van zodra je uit het systeem van toegelaten arbeid stapt, moet je opnieuw zes maanden wachten om terug recht te hebben op verhoogde kinderbijslag.

Tip: Vooraleer in te stappen in het systeem van toegelaten arbeid kan je best even door je mutualiteit laten berekenen wat je maandelijkse inkomsten zullen zijn. Houdt hierbij rekening dat het kan zijn dat je je OMNIO-statuut en/ verhoogde kinderbijslag verliest.

8. Werk geleidelijk afbouwen

Om in het systeem van toegelaten arbeid te kunnen stappen moet je vertrekken vanuit arbeidsongeschiktheid, je kan dus niet vanuit een werksituatie je werk geleidelijk afbouwen.

Tip: Voor mensen die nog aan de slag zijn, maar hun tewerkstelling willen afbouwen volstaat 1 dag arbeidsongeschiktheid om in te stappen in het systeem van toegelaten arbeid. Bespreek dit steeds met je adviserend geneesheer.

9. Een goed argument voor je werkgever

Werkgevers reageren niet altijd positief op het feit dat een bepaalde werknemer een chronische ziekte heeft, omdat hij denkt dat deze misschien vaak afwezig zal zijn. Voor je werkgever is het belangrijk te weten dat als je tewerkgesteld bent binnen het systeem van toegelaten arbeid, de werkgever geen gewaarborgd loon moet uitbetalen bij ziekte. Zolang je ziek bent zal het ziekenfonds je volledige ziekte-uitkering terug betalen.

Tip: Aarzel niet om alle aspecten van je tewerkstelling goed te bespreken met je werkgever. Bereid dit gesprek goed voor en beslis op voorhand wat je wel of niet wil vertellen over je ziekte.

10. Eerst informeren...

Het is belangrijk om steeds goed na te gaan welke de gevolgen (niet alleen financieel) zullen zijn van een bepaalde stap van of naar de arbeidsmarkt. Je mutualiteit kan je hierbij helpen.

Vergeet hierbij niet dat een uitkering van de mutualiteit bepaald wordt op basis van je laatste loon. Als je dus vrijwillig deeltijds gaat werken en je valt terug uit zal je een lagere ziekte-uitkering ontvangen.

Tip: Voor elke stap die je zet van of naar de arbeidsmarkt is het belangrijk je eerst goed te informeren over wat de (financiële) gevolgen hiervan kunnen zijn, zodat deze kunnen meewegen in de beslissing die je zal nemen.

BESLUIT

Het systeem van toegelaten arbeid biedt mogelijkheden voor mensen die terug aan de slag willen na een periode van arbeidsongeschiktheid, maar voor wie voltijds werken nog niet of niet meer mogelijk is.

Hoewel er meer en meer aandacht wordt besteed aan werkgelegenheid voor mensen met een chronische ziekte, blijft het in de praktijk vaak bijzonder moeilijk om aan de slag te gaan of werk te behouden. Ook binnen het systeem van toegelaten arbeid zitten een aantal drempels verscholen. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw zet zich in om de moeilijkheden in de praktijk in kaart te brengen en aan te kaarten bij het beleid. De studiegroep werk, een groep van vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen lid van het Vlaams Patiëntenplatform vzw, bespreekt deze moeilijkheden en formuleert oplossingen naar het beleid toe.

Naast het systeem van toegelaten arbeid bestaan er nog andere mogelijkheden die de tewerkstelling van mensen met een chronische ziekte moeten bevorderen en vereenvoudigen.

Voor meer informatie over toegelaten arbeid: Liesbeth Lemmens (016/230526 of liesbeth.lemmens@vlaamspatiëntenplatform.be)

HET NIEUWE VERGOEDINGSSYSTEEM VOOR APOTHEKERS

Je hebt het misschien al gemerkt, sinds kort ziet de rekening die je bij je apotheker krijgt er ietsje anders uit dan voorheen. Ze bevat extra informatie over de kostprijs van geneesmiddelen en over de aard van de gekochte producten. Dit alles heeft te maken met het nieuwe vergoedingssysteem van de apothekers.

Sinds 1 april 2010 worden de apothekers op een volledig nieuwe manier voor hun werk vergoed. Voorheen werd hun vergoeding puur economisch berekend: ze kregen een economische marge op de afgeleverde terugbetaalbare geneesmiddelen. Hun vergoeding was dus volledig afhankelijk van de prijs van de voorgeschreven geneesmiddelen die ze verkochten. Apothekers waren afhankelijk van hun productverkoop en werden niet vergoed (erkend) voor hun rol als zorgverstrekker of dienstverlener. De intellectuele handelingen die de apotheker moet stellen werden op geen enkele manier vergoed. Daarin is nu verandering gekomen. Sinds 1 januari 2010 is elke apotheker wettelijk verplicht om de 'basis farmaceutische zorg' te verstrekken. Deze basis farmaceutische zorg is gericht op het voorkomen, identificeren en het oplossen van problemen verbonden aan het geneesmiddelengebruik. De apotheker moet met andere woorden meer en beter informeren en patiënten begeleiden in hun medicatiegebruik. Naar analogie met andere zorgverstrekkers wordt nu ook voor apothekers het begrip 'honorarium' ingevoerd. Sinds kort worden apothekers dus gehonoreerd voor de diensten en de intellectuele handelingen die ze stellen.

Let op: het nieuwe vergoedingssysteem is enkel van toepassing bij de verkoop van een terugbetaalbaar geneesmiddel. Als de apotheker zaken verkoopt die niet terugbetaald worden, dan blijft het de economische marge die zijn vergoeding bepaalt.

HET NIEUW VERGOEDINGSSYSTEEM VAN APOTHEKERS IN EEN NOTENDOP

De vergoeding van de apotheker (bij verkoop van een terugbetaalbaar geneesmiddel) bestaat uit 3 componenten:

1. Een kleine **economische marge** (die nog slechts ongeveer 20% van de vergoeding uitmaakt)
2. Een **afleveringshonorarium**: per verpakking die hij aflevert verdient de apotheker 3.88 €
3. **Bijkomende honoraria**

3a. Bij een **voorschrift op stofnaam** verdient de apotheker 1.19€ per verpakking. Dit is een vergoeding voor de intellectuele handeling die hij moet stellen om de patiënt het meest geschikte geneesmiddel mee te geven. Bij een voorschrift op stofnaam is het immers de apotheker die zelf moet beslissen welk product hij de patiënt verkoopt.

3b. Bij aflevering van een **geneesmiddel uit hoofdstuk IV** (waarvoor de patiënt voorafgaande toestemming van zijn adviserend geneesheer nodig heeft) verdient de apotheker 1.19€ per verpakking. Dit omdat ook in dit geval extra intellectuele (en administratieve) handelingen moeten gesteld worden.

3c. Elke apotheek krijgt een jaarlijks forfait van 500€ voor **1ste uitgifte begeleiding**. Wanneer product X voor de allereerste keer aan patiënt A wordt afgeleverd (de 1^e uitgifte), dan moet de apotheker aan 1^{ste} uitgifte begeleiding doen: hij moet de patiënt goed informeren over het geneesmiddel. De jaarlijkse 500€ die de apotheek krijgt, dient ter vergoeding van alle 1^{ste} uitgifte begeleidingen die dat jaar in de apotheek zullen gebeuren.

Bedrag 1 + bedrag 2 + bedrag 3 + 6% BTW = de vergoeding van de apotheker per afgeleverd terugbetaalbaar geneesmiddel.

WAT IS ER NIEUW OP MIJN REKENING DIE IK VAN DE APOTHEKER KRIJG?

De apothekers zijn in de mogelijkheid om extra informatie op hun rekeningen af te drukken. Deze extra informatie kan zijn: de publieksprijs van het geneesmiddel (hoeveel het eigenlijk kost), de extra honoraria (bij voorschrift op stofnaam, voor aflevering van een geneesmiddel uit hoofdstuk IV, 1^{ste} uitgifte begeleiding) en de totale tussenkomst door het RIZIV (door het feit dat je als patiënt enkel remgeld moet betalen, maar het geneesmiddel eigenlijk veel meer kost, komt het RIZIV tussen in de kosten van geneesmiddelen). Deze extra informatie op de rekening is vrijblijvend, behalve de vermelding van de 1^e uitgifte begeleiding. Deze moet telkens vermeld worden op de rekening. De andere info is vrijblijvend: de apotheker kan die op de rekening laten verschijnen, maar hij is er niet toe verplicht.

Als illustratie vind je hieronder een geanonimiseerde apothekersrekening. Het is de rekening van mevrouw en meneer Janssens. Ze stapten samen naar de apotheek omdat ze bepaalde geneesmiddelen nodig hadden. Zoals je op de rekening ziet wordt er een apart totaalbedrag vermeld voor mevrouw en meneer Janssens en worden beide subtotalen opgeteld tot het bedrag dat ze samen moeten betalen. Wat nog opvalt is dat bij de producten van mevrouw Janssens telkens vermeld werd wat de publieksprijs is. Bij de aankoop van meneer Janssens werd dit niet vermeld. Dit komt door het feit dat de producten van mevrouw Janssens allen terugbetaalbaar zijn (de publieksprijs verschilt dus van het door de patiënt te betalen remgeld) en het product van meneer Janssens niet terugbetaalbaar is. Zijn product moet hij volledig uit eigen zak betalen. De publieksprijs is dus de prijs die hij moet betalen, in dit geval 10.76 euro.

- Op deze rekening is terug te vinden:
- Hoeveel remgeld er per product betaald moet worden;
- Wat de publieksprijs van de producten is;
- Dat er voor het eerste geneesmiddel van mevrouw Janssens een voorafgaande goedkeuring nodig is. Dit is dus een geneesmiddel uit hoofdstuk IV, waarvoor de apotheker een extra tussenkomst (honorarium) krijgt. Zoals hierboven beschreven bedraagt het honorarium 1.19€. Wanneer we dit vermeerderen met 6% BTW dan komen we aan de 1.26€ die op de rekening vermeld staat;
- Dat de apotheker aan 1^{ste} uitgifte begeleiding moet doen bij de producten voor mevrouw Janssens. Dit betekent dat mevrouw Janssens deze producten nog nooit eerder in deze apotheek kocht en de apotheker dus extra informatie moet geven;
- Hoeveel de ziekteverzekering in totaal tussenkomt. Op deze manier wordt het duidelijk dat geneesmiddelen veel meer kosten dan de bedragen die wij er, als patiënt, voor moeten neertellen. Mevrouw en meneer Janssens betalen voor deze producten 37.73€ en de ziekteverzekering daarbovenop nog eens 74.55€.

APOTHEEK [REDACTED] 11/06/2010
 [REDACTED] 14:46:16

Patiënt 1 (mevrouw Janssens)

		29M12
V 1	Belsar Comp 98x20mg (publiekprijs 63.00) (tussenkomst(*) attest 1.25) (1ste uitgifte begeleiding)	13.50
V 1	Hyperlipen Caps 30 X 100 Mg (publiekprijs 12.42) (1ste uitgifte begeleiding)	4.49
V 1	Hyperlipen Caps 30 X 100 Mg (publiekprijs 12.42)	4.49
V 1	Hyperlipen Caps 30 X 100 Mg (publiekprijs 12.42)	4.49

Patiënt 2 (meneer Janssens)

		26.97
0 1	Emcoretic Mitis 5/12,5 Drag 108/130/370703/014M42	10.76

1		10.76

5 Totaal :	EUR: 37.73	
Betaald Bancontact:	37.73	

Gelieve voorschrift in orde te brengen.

Met dank voor Uw bezoek.
 Vraag Uw klantenkaart .

Tussenkomst ziekteverzekering: 74.55 EUR
 (*) De ziekteverzekering voorziet een extra tussen-
 komst voor de aflevering van een geneesmiddel
 waarvan de terugbetaling onderworpen is aan
 voorwaarden (attest)
 Totaal aantal punten: 325
 Beschikbare punten op rekening: 0

Remgeld: bedrag te betalen door de patiënt

Publieksprijs: prijs van het geneesmiddel zonder tussenkomst van het ziekenfonds. Hoeveel het geneesmiddel echt kost.

Honorarium voor de apotheker omdat het gaat over een geneesmiddel van **hoofdstuk IV** waarvoor een voorafgaande goedkeuring van de adviserend geneesheer vereist is (attest)

1^e uitgifte begeleiding: dit product werd in deze apotheek door deze patiënt nog nooit gekocht: de patiënt moet extra geïnformeerd worden

Tussenkomst ziekteverzekering: het bedrag dat door de mutualiteit/het RIZIV betaald moet worden doordat je als patiënt enkel remgeld moet betalen.

Totaal te betalen door mevrouw Janssens

Totaal te betalen door meneer Janssens

Totaal te betalen voor de aankopen van mevrouw en meneer Janssens

VERS GEperST

“ZEG NOOIT DAT U EEN HOSPITALISATIEVERZEKERING HEBT”

In een foldertje van verzekeringsmaatschappij Securex over de hospitalisatieverzekering staat opvallend aangegeven ‘zeg nooit dat u een hospitalisatieverzekering hebt’. En de waarschuwing gaat verder: ‘De ervaring heeft ons geleerd dat honorariumsupplementen vaak de hoogte ingaan wanneer de patiënt aan het ziekenhuis laat weten dat hij een hospitalisatieverzekering heeft.’

“Ik kan deze houding van de ziekenhuizen enigszins begrijpen”, zegt Louis Ide, gezondheidsspecialist van N-VA. “Zij kampen met een constante onderfinanciering en willen via deze weg wat extra middelen binnenhalen. Voor de patiënt is dit geen goede zaak, want deze praktijk zal er op lange termijn voor zorgen dat de premies van de hospitalisatieverzekeringen de hoogte ingaan.

Bron: Gazet van Antwerpen, 6 september 2010

BELANGRIJKE DATA

ACTIVITEITEN NAJAAR 2010

27 november 2010	Themadag VPP ‘Levenseinde’
2 december 2010	Studiegroep VPP werk
11 december 2010	Conferentie eerstelijnsgezondheidszorg
13 december 2010	Studiegroep VPP medicatie
18 december 2010	Denkdag Patient Empowerment (KBS)

STUDIEGROEPEN 2011

Studiegroep medicatie	Studiegroep werk	Studiegroep verzekeringen
28 maart 2011	24 februari 2011	Data volgen later
27 juni 2011	12 mei 2011	
26 september 2011	6 oktober 2011	
28 november 2011	15 december 2011	