

## TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw - Groeneweg  
151 - 3001 Heverlee  
v.u. G. Reynders-Broos – Winegemsteenweg 70 Bus 005  
– 2970 's Gravenwezel  
- nummer 42 -maart 2008 - verschijnt per jaar in jan- ma-  
jun- sept en nov  
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail  
Erkenningsnummer: P2A8311

# NIEUWSBRIEF

## PATIËNTENVOORLICHTING TE WEINIG GEORGANISEERD IN VLAAMSE ZIEKENHUIZEN. RESULTATEN VAN EEN VERKENNEND ONDERZOEK.

Recent onderzoek van het Vlaams Patiëntenplatform vzw toont aan dat het informeren van patiënten in Vlaamse ziekenhuizen vaak niet of zeer weinig centraal wordt gestuurd of gecoördineerd. Ziekenhuispatiënten worden hierdoor nog steeds (te) weinig geïnformeerd.

### EEN MONDIGE EN GOED GEÏNFORMEERDE PATIËNT

Patiëntenvoorlichting is een proces van communicatie met, voor en over patiënten dat integraal deel uitmaakt van het zorgtraject. Een goed geïnformeerde patiënt heeft een betere kennis over zijn ziekte en behandeling, mogelijke alternatieven, de risico's en toekomstperspectief, waardoor hij actief kan participeren in de zorg en keuzes kan maken. De patiënt ervaart hierdoor minder angst en stress wat een positieve impact heeft op de effectiviteit van de gezondheidszorg (oa. kortere verblijfsduur).

Patiënten zijn vandaag veel mondiger dan vroeger. Zij 'ondergaan' niet langer het medisch gebeuren, maar willen bij beslissingen worden betrokken. Om weloverwogen keuzes te kunnen maken, moet de patiënt goed en correct geïnformeerd zijn. Patiëntenvoorlichting die beantwoordt aan de individuele noden en behoeften vraagt een stevige organisatie, de nodige communicatieve vaardigheden en ook een bereidwillige houding van alle betrokken zorgverleners.

### ORGANISATIE VAN PATIËNTENVOORLICHTING

Omdat er zo goed als niets bekend is over de organisatie, structuur en coördinatie van patiëntenvoorlichting in de Vlaamse ziekenhuizen, startte het Vlaams Patiëntenplatform vzw, in opdracht van de FOD Volksgezondheid en in samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel een onderzoek. Alle Vlaamse ziekenhuizen, 117 in totaal, werden bevraged.

Terwijl in Vlaanderen een structurele verankering van patiëntenvoorlichting in de ziekenhuiswerking veelal ontbreekt, is de organisatie ervan in Nederland beter doordacht en gecoördineerd. Zo zijn er daar in elk

ziekenhuis één of meerdere functionarissen belast met de organisatie en de coördinatie van patiëntenvoorlichting.

De praktische organisatie van patiëntenvoorlichting in de Vlaamse ziekenhuizen blijkt volgens het onderzoek ook zeer afhankelijk te zijn van lokale en persoonlijke initiatieven. Opgebouwde expertise wordt niet gedeeld en gaat dikwijls verloren. Verhuist de verantwoordelijke zorgverlener bijvoorbeeld naar een andere dienst of krijgt hij promotie, dan is de kans groot dat de activiteit samen met hem verdwijnt. Patiëntenvoorlichting is dikwijls een belangrijk onderdeel van het takenpakket van gespecialiseerde verpleegkundigen of referentieverpleegkundigen, zoals de borstverpleegkundigen.

## STIMULANSEN VOOR DE UITBOUW VAN PATIËNTENVOORLICHTING

De wet op de patiëntenrechten van 2002 gaf de patiëntenvoorlichting volgens vele ziekenhuizen wel een stevige duw, maar er is meer nodig. Hoewel materiële en personele middelen worden vrijgemaakt, geven de ziekenhuizen aan dat het gebrek aan personeelsmiddelen één van de grote belemmeringen is voor de verdere uitbouw van patiëntenvoorlichting. Nagenoeg alle ziekenhuizen vragen extra financiële ondersteuning en een verhoging van de personeelsmiddelen van de overheid.

Patiëntenverenigingen spelen een belangrijke rol in het ontstaan, de ontwikkeling en de promotie van patiëntenvoorlichting: 40% van de ziekenhuizen meldt dat patiëntenverenigingen of zelfhulpgroepen een invloed hebben (gehad) op de organisatie van hun patiëntenvoorlichting. De patiëntenverenigingen leveren materiaal aan, werken mee aan folders of brochures, organiseren informatiemomenten of participeren aan patiëntenvoorlichting in familiegroepen.

Uit de enquête blijkt tenslotte dat zowel de vraag van het publiek als de motivatie van het personeel de belangrijkste stimulanzen zijn voor de ontwikkeling van patiëntenvoorlichting. De cultuur van de organisatie en de bereidwilligheid, motivatie en attitudes van het personeel zijn van essentieel belang.

## EVALUATIE VAN PATIËNTENVOORLICHTING

Ruim 90% van de respondenten neemt na een voorlichtingsactiviteit de tijd voor één of andere vorm van evaluatie. Een kritische evaluatie is onontbeerlijk om lopende activiteiten bij te sturen en nieuwe activiteiten op te zetten. Ruim driekwart van de ziekenhuizen is ook overtuigd van de waarde van een tevredenheidsonderzoek in het kader van patiëntenvoorlichting. De resultaten ervan worden meestal ook effectief gebruikt om het patiëntenvoorlichtingsbeleid bij te sturen.

## TOEKOMST

Om patiëntenvoorlichting in de toekomst vorm te geven, werkt het Vlaams Patiëntenplatform vzw samen met de ziekenhuissector aan een stappenplan. Dat kan ziekenhuizen helpen om patiëntenvoorlichting op een gestructureerde en gecoördineerde manier in hun organisatie te verankeren.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw hoopt dat elk ziekenhuis op lange termijn kan investeren in:

- een coördinator patiëntenvoorlichting om de voorlichtingsactiviteiten te stroomlijnen;
- een patiënteninformatiebureau waar iedereen terecht kan voor goed onderbouwde wetenschappelijke informatie, maar ook voor informatie over kwaliteit van leven die de patiëntenverenigingen daarbij kunnen aanbieden;
- informatie op maat van patiënten zodat je als patiënt duidelijk weet wie je op welk moment komt informeren.

Het volledige onderzoek en een samenvatting zijn terug te vinden op [www.vlaamspatiëntenplatform.be](http://www.vlaamspatiëntenplatform.be)

## DE INDIVIDUELE VERDERZETTING VAN EEN HOSPITALISATIEVERZEKERING: DE PROCEDURE VAN NADERBIJ BEKEKEN.

Afgelopen jaar werkte het Vlaams Patiëntenplatform vzw achter de schermen hard mee om de nieuwe verzekeringswetgeving gunstig te laten evolueren voor mensen met een chronische ziekte. Eén van de maatregelen die in mei 2007 werd gestemd in het federaal parlement is de individuele verderzetting van een collectieve verzekering. Hierbij gaat het zowel over de verzekering die je werkgever voor jou als werknemer afsluit, als over de verzekering die je privé afsluit voor je eigen gezin.

### INDIVIDUELE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Sinds 1 juli 2007 heeft een verzekerde de garantie dat hij levenslang, onder dezelfde voorwaarden van zijn individuele hospitalisatieverzekering kan genieten, ook indien hij in de tussentijd chronisch ziek of gehandicapt wordt. Deze garantie geldt ook voor de partner en de kinderen die mee in de verzekering zijn opgenomen. De wet voorziet in een duidelijke procedure die de individuele verderzetting van de polis garandeert voor bijvoorbeeld een kind dat het ouderlijk huis verlaat of een ex-partner.

De procedure verloopt als volgt:

Stap 1: De verzekeringnemer brengt de verzekeraar op de hoogte van het tijdstip waarop het verzekerde gezinslid de verzekeringsovereenkomst verlaat. Hij brengt de verzekeraar op de hoogte van de nieuwe verblijfplaats van het gezinslid. Dit kan schriftelijk of elektronisch.

Stap 2: De verzekeraar doet de verzekerde binnen de 30 dagen een aanbod voor een hospitalisatieverzekering onder dezelfde voorwaarden als de oorspronkelijke verzekering. Dit aanbod geldt ook voor de leden van het gezin van de verzekerde.

Stap 3: De verzekerde moet binnen de 60 dagen het aanbod aanvaarden. Dit kan schriftelijk of elektronisch. Na verloop van die termijn verliest hij het voorrecht om de oorspronkelijke verzekering levenslang verder te zetten onder dezelfde voorwaarden.

Stap 4: Beslist de verzekerde het aanbod van de verzekeraar te aanvaarden dan gaat het nieuwe verzekeringscontract in op de dag waarop hij het voordeel van de individuele polis verliest. Dit betekent dat ook tijdens de procedure een continue dekking wordt gegarandeerd.

### COLLECTIEVE HOSPITALISATIEVERZEKERING

Elke persoon, die geniet van de dekking van een groepsverzekering, heeft recht op de individuele voortzetting van die verzekering wanneer hij om welke reden ook het voordeel van die groepsverzekering verliest, bijvoorbeeld in geval van ontslag (vrijwillig of gedwongen), faillissement van het bedrijf, vereffening van het bedrijf of pensionering. De individuele voortzetting mag niet afhankelijk worden gesteld van een nieuwe wachtermijn. Evenmin mogen een bijpremie of beperktere dekkingsvoorwaarden worden opgelegd omdat de betrokken verzekerde in de loop van de collectieve ziekteverzekering ziek of gehandicapt is geworden.

Dit recht op individuele voortzetting geldt ook voor elke "medeverzekerde", doorgaans de partner en kinderen van het verzekerde personeelslid. Dus ook wanneer de partner of de kinderen het voordeel van

de groepsverzekering verliezen, omdat zij bijvoorbeeld uit de echt scheiden ofwel alleen gaan wonen, kunnen zij het recht op individuele voortzetting doen gelden.

De procedure verloopt als volgt:

**Stap 1:** De werkgever (verzekeringnemer) brengt de gewezen werknemer (hoofdverzekerde) binnen de dertig dagen na het verlies van het voordeel van de collectieve verzekering op de hoogte van de mogelijkheid de overeenkomst individueel verder te zetten. Dit gebeurt schriftelijke of elektronisch.

Hij informeert de hoofdverzekerde over:

- het precieze tijdstip van het verlies van de collectieve dekking;
- de termijn waarbinnen het recht op individuele verder zetting moet worden uitgeoefend;
- het recht van de gezinsleden (medeverzekerden) op individuele verder zetting;
- de contactgegevens van de verzekeringsonderneming.

**Opmerking:** verliest een gezinslid (medeverzekerde) het voordeel van de collectieve verzekering om een andere reden dan het feit dat hoofdverzekerde geen werknemer meer is, bijvoorbeeld omdat hij zelf het gezin verlaat, dan beschikt hij over een termijn van 105 dagen om de verzekeraar schriftelijk of elektronisch op de hoogte te brengen van zijn wens om het contract individueel verder te zetten. De procedure verloopt verder identiek.

**Stap 2:** De hoofdverzekerde en/ of de medeverzekerden geven binnen de 30 dagen de verzekeraar te kennen dat zij de collectieve ziekteverzekeringsovereenkomst geheel of gedeeltelijk individueel wensen verder te zetten. Dit moet schriftelijk of elektronisch. De termijn begint te lopen vanaf de dag van ontvangst van het schrijven van de werkgever bedoeld in stap 1.

**Stap 3:** De verzekeraar doet binnen de 15 dagen schriftelijk of elektronisch een verzekeringsaanbod onder dezelfde voorwaarden als de collectieve verzekering en dit aan de hoofdverzekerde en/of medeverzekerden. De verzekeraar vermeldt in het aanbod:

- de dekkingvoorwaarden, inclusief de gedekte prestaties, de uitsluitingen en de aangiftetermijnen;
- de termijn van 30 dagen waarbinnen op het aanbod kan worden ingegaan.

**Stap 4:** De hoofdverzekerde en/of medeverzekerde aanvaardt het verzekeringsaanbod binnen de 30 dagen na ontvangst ervan. De aanvaarding gebeurt schriftelijk of elektronisch. Bij het verstrijken van deze termijn vervalt het recht op individuele verderzetting.

**Stap 5:** Wordt het aanbod van de verzekeraar aanvaard dan gaat het nieuwe verzekeringscontract in op de dag waarop men voordeel van de collectieve verzekeringsovereenkomst verliest. Dit betekent dat ook tijdens de procedure een continue dekking wordt gegarandeerd.

## MEDISCHE BEHANDELING IN HET BUITENLAND

Wanneer je een (zeldzame) chronische ziekte hebt, is het mogelijk dat artsen in België onvoldoende ervaring hebben in de behandeling van je ziekte. In het buitenland kan er reeds meer onderzoek gebeurd zijn of worden bepaalde behandelingen uitgevoerd die in België niet worden gedaan. Deze behandelingen kunnen de gevolgen van jouw ziekte verlichten of kunnen je zelfs genezen.

Wanneer je een behandeling wil volgen in een andere Europese lidstaat, kan het ziekenfonds een deel van de kosten terugbetalen. Om een terugbetaling te verkrijgen, moet je wel aan een aantal voorwaarden voldoen.

#### VOORWAARDEN VOOR TERUGBETALING

- Het **land** waar je verblijft en verzekerd bent, moet een lidstaat zijn van de Europese Economische Ruimte<sup>1</sup> (EER). Bovendien moet dit land een erkend sociaal zekerheidssysteem hebben. Ook het land waar je de medische behandeling laat uitvoeren, moet aan deze voorwaarden voldoen.
- De medische **behandeling** moet **gepland** zijn. Wanneer het gaat over een onverwachte medische behandeling (d.w.z. de behandeling was niet het doel van je reis) omdat je bijvoorbeeld op reis bent in een ander land, dan wordt dit gedekt door je Europese ziekteverzekeringskaart. Deze kaart is niet strikt noodzakelijk voor een tijdelijk verblijf in het buitenland, je kan ook de World Assistance Card aanvragen bij je ziekenfonds. Voor meer informatie hierover kan je terecht bij je ziekenfonds.
- In principe zijn de behandelingskosten enkel gedekt wanneer de wet van het land waar jij verzekerd bent, de **behandeling erkent**. Ga dus eerst bij je ziekenfonds na of zij de medische behandeling die jij wil volgen, wel erkent. Als zij de behandeling niet erkent, gaat zij ze ook niet terugbetalen. Bv. de kosten van kuuroorden worden in sommige landen erkend en in andere niet.
- In het geval van een **ziekenhuisopname, moet je van je ziekenfonds toestemming hebben** voor de behandeling. De kosten zijn dan gedekt volgens de voorwaarden van het land waar je de behandeling krijgt. Als de voorwaarden/terugbetalingen minder gunstig zijn dan de voorwaarden aangeboden door je eigen ziekteverzekering, dan zal jou het verschil terugbetaald worden. Als je geen toestemming hebt gekregen, dan zullen de kosten van de behandeling niet automatisch gedekt zijn. Je kan dan nog altijd een terugbetaling vragen wanneer je terug in België bent, maar er zijn dan geen garanties dat je de kosten terugbetaald krijgt.
- Als er **geen ziekenhuisopname** is (de behandeling gebeurt bijvoorbeeld bij een arts thuis) dan **kan** je ook op voorhand **toestemming** vragen en dan geniet je dezelfde garanties. Je kan ook gewoon naar het land reizen voor de behandeling en bij je terugkeer een terugbetaling vragen. Wanneer het ziekenfonds terugbetaalt, dan gebeurt de terugbetaling volgens de voorwaarden van het land waar je verzekerd bent. Wanneer de behandeling gebeurt is in Zwitserland, zal er in dit laatste geval geen terugbetaling zijn.

**Opgelet!** Er bestaat geen Europese definitie over wat een ziekenhuisopname al dan niet inhoudt. Bij twijfel kan je best contact opnemen met je ziekenfonds!

#### Een voorbeeld

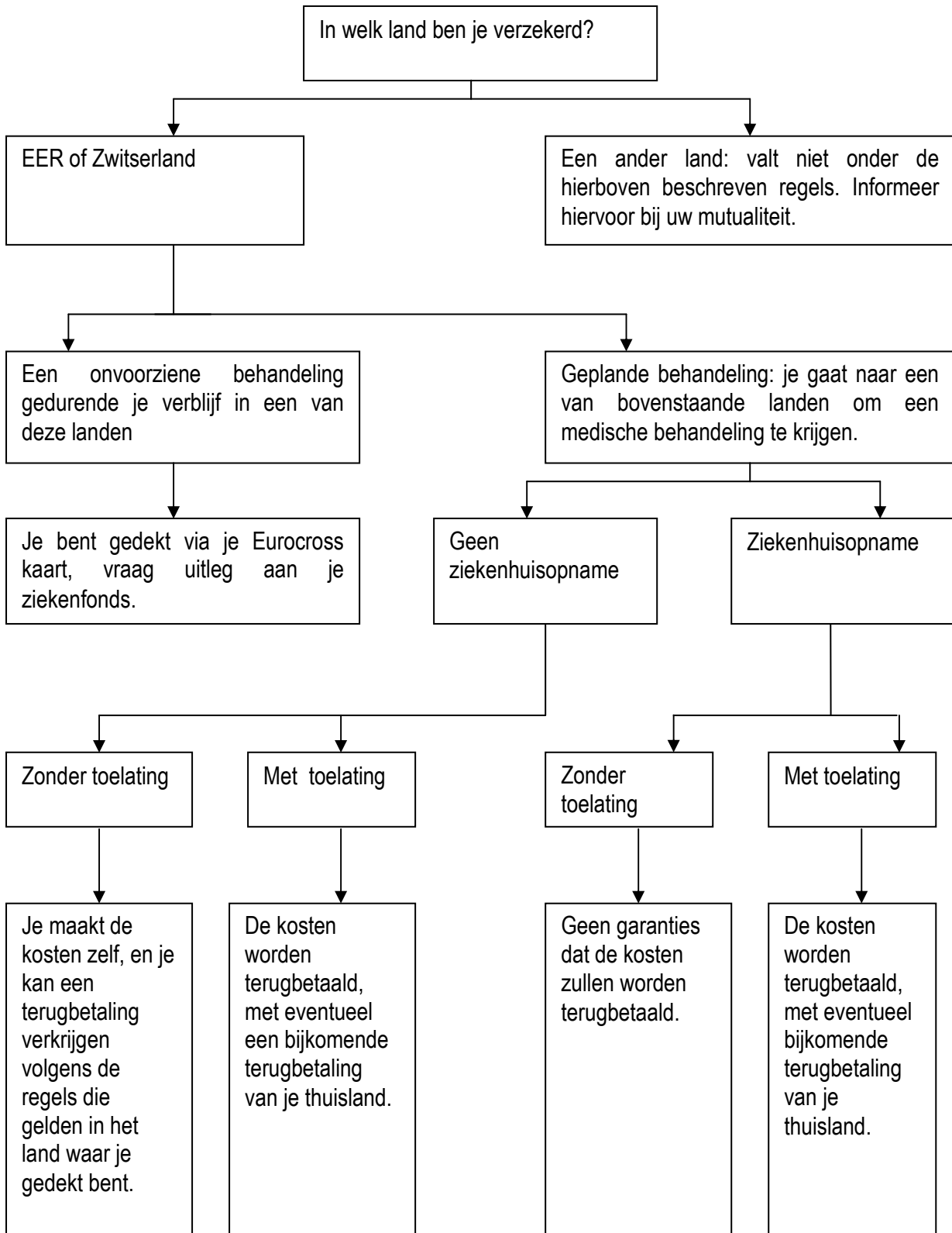
Sofie is verzekerd in België. Zij heeft van het ziekenfonds toestemming gekregen voor een behandeling in Nederland. De kostprijs van de behandeling in Nederland bedraagt €4000. In Nederland wordt €3200 van deze behandeling terugbetaald terwijl in België voor dezelfde behandeling slechts €2800 wordt terugbetaald. Omdat Sofie toestemming had gekregen van het ziekenfonds geniet ze dezelfde terugbetaling als personen die verzekerd zijn in Nederland. Zij krijgt dus €3200 terugbetaald en betaalt zelf nog €800.

---

<sup>1</sup> Volgende landen behoren tot de Europese Economische Ruimte: België, Bulgarije, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, IJsland, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Nederland, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, de Tsjechische republiek, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland behoort NIET tot de Europese Economische Ruimte!

Als dezelfde behandeling in België wordt terugbetaald aan €3500, dan ontvangt Sofie de terugbetaling van Nederland (€3200) maar ook het verschil tussen beide landen (€300). Zij moet dan zelf enkel nog €500 betalen.

## OVERZICHT



## HET AANVRAAGFORMULIER E112

Wanneer je een behandeling in het buitenland wil laten uitvoeren, moet je hiervoor toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van jouw ziekenfonds. Het ziekenfonds verleent dan toestemming via het formulier E112.

Het formulier E112 geeft recht op een terugbetaling door de ziekteverzekering van de medische behandeling – waarvoor de toestemming is verleend – volgens de wetgeving van de lidstaat waar de medische behandeling wordt verstrekt. Dit betekent dat wanneer de medische behandeling in het Verenigd Koninkrijk werd verstrekt, de tenlasteneming gebeurt in overeenstemming met de voorschriften van de ziekteverzekering van het Verenigd Koninkrijk. De medische behandeling is gratis voor de patiënt, de terugbetaling van de kosten wordt via de bevoegde instellingen van beide lidstaten geregeld.

Het Belgische ziekenfonds kan niet weigeren de kosten te vergoeden van een medische behandeling in het buitenland waarvoor zij toestemming heeft gegeven, tenzij de verkregen behandeling niet overeenstemt met de behandeling waarvoor de toestemming is verleend.

In één bepaalde situatie mag je ziekenfonds de toestemming niet weigeren. Indien de medische behandeling behoort tot de verstrekkingen die verleend worden in het kader van het ziekteverzekering van je eigen land, maar niet zo snel kan worden verleend als nodig is voor de gezondheidstoestand van de patiënt. In dat geval is het ziekenfonds verplicht het formulier E112 verstrekken.

(Bronnen: website ziekenfondsen, Debra-nieuwsbrief, website Europese commissie)

Voor meer informatie kan je contact opnemen met het Vlaams Patiëntenplatform vzw (016/23.05.26 of [info@vlaamspatiëntenplatform.be](mailto:info@vlaamspatiëntenplatform.be)) of met je ziekenfonds.

## PATIËNTEN ALS PARTNERS IN GEZONDHEIDSZORGBELEID. MEERSTEMMIGHEID IN PARTICIPATIE.

Op haar website stelt de Koning Boudewijnstichting haar nieuwe publicatie 'Patiënten als partners in gezondheidszorgbeleid. Meerstemmigheid in participatie.' voor. Dit rapport brengt het actuele debat over patiëntenparticipatie in België in kaart en analyseert de verschillende perspectieven van waaruit over patiëntenparticipatie wordt gesproken. De publicatie eindigt met een overzicht van concrete opties en acties ter verbetering van patiëntenparticipatie in gezondheidszorgbeleid.

De publicatie is zowel digitaal als gedrukt beschikbaar; bestellen kan gratis via de website [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be) of via het Contactcentrum van de Koning Boudewijnstichting [publi@kbs-frb.be](mailto:publi@kbs-frb.be) of 070/233 728 (bestelnummer: 1758).

## VERS GEPERST

### ONKELINX WIL KOSTEN CHRONISCHE ZIEKEN DRUKKEN

De Standaard 30/01/2008

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Onkelinx wil, vooral voor chronisch zieken, de kosten drukken. Daartoe heeft ze enkele nieuwe maatregelen aangekondigd. Zo zal bijvoorbeeld de maandelijkse premie voor personen met een glutenallergie verdubbelen en zullen injectiepompen voor

pijnbestrijding in de toekomst gedeeltelijk terugbetaald worden. Verder belooft de minister geld vrij te maken voor de terugbetaling van hoorapparaten, een osteoporose-onderzoek bij ouderen, enz.

#### VERMINDERING MAXIMUM REMGELD VOOR DE GROEP VAN MEDICIJNEN WAARVAN EEN KOPIE OF TERUGBETAALBAAR GENERISCH ALTERNATIEF BESTAAT

Presscenter.org 01/02/2008

De ministerraad van 1 februari 2008 keurde een ontwerp van koninklijk besluit goed dat het maximum remgeld verlaagt voor de groep van geneesmiddelen waarvan ten minste een kopie of generisch alternatief bestaat. Het maximum bedrag dat de patiënt zelf moet betalen, wordt verlaagd.

Geneesmiddelen categorie B	
Met een verhoogde tegemoetkoming	Zonder verhoogde tegemoetkoming
8.2 EUR i.p.v. 10.8 EUR voor kleine verpakkingen	12.20 EUR i.p.v. 16.10 EUR voor kleine verpakkingen
12.5 EUR i.p.v. 16.10 EUR voor grote verpakkingen	18.5 EUR i.p.v. 24.20 EUR voor grote verpakking
Geneesmiddelen categorie C	
Met een verhoogde tegemoetkoming	Zonder verhoogde tegemoetkoming
12.20 EUR i.p.v. 16.10 EUR	18.40 EUR i.p.v. 24.20 EUR

#### BIJWERKINGEN 73 GENEESMIDDELEN NIET VOLLEDIG BEKEND

De Morgen 17/1/2008

Het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking heeft sinds 1 januari 2008 extra aandacht voor 73 geneesmiddelen waarvan de -mogelijk ongewenste- bijwerkingen nog niet volledig bekend zijn.

Het aantal patiënten dat bij de onderzoeken betrokken wordt, is te laag en de duur van de onderzoeken is te kort, zegt het Centrum. Daarnaast zijn patiënten die geneesmiddelen testen, vaak in goede gezondheid en is er dus geen verhoogd risico. Daarom vraagt het Centrum extra waakzaamheid van patiënten, artsen en apothekers. Aan hen wordt gevraagd om elke gewenste bijwerking van de 73 betrokken geneesmiddelen te melden. Het gaat om alle geneesmiddelen die de laatste 3 jaar op de markt gebracht werden.

De lijst van deze geneesmiddelen vindt u op [www.vlaamspatiëntenplatform.be](http://www.vlaamspatiëntenplatform.be) in het document 'geneesmiddelenbewaking' onder de rubriek publicaties. U kan deze lijst ook telefonisch opvragen bij het Vlaams Patiëntenplatform vzw op het nummer 016/23.05.26.

**U kan de nieuwsbrief via E-mail ontvangen. Geef het secretariaat een seintje:**  
[info@vlaamspatientenplatform.be](mailto:info@vlaamspatientenplatform.be)