

Het debat dat er geen was

Leidt het splitsen van de gezondheidszorg tot vooruitgang? We zullen het nooit weten. Althans toch niet op basis van het debat dat de artsenkring van Halle en omgeving hierover organiseerde op 9 februari laatstleden. Ook Vlamingen verschillen onderling uiteraard van mening. Maar doordat de Franstalige deelnemers hun kat stuurden, was de discussie al bij voorbaat onthoofd. | Geert Verrijken

Traditioneel opent de dynamische artsenkring van Halle het jaar met een symposium waarin men een heel hangijzer uit de gezondheidszorg behandelt. Splitsen of niet? Het thema was een schot in de roos. Letterlijk uit alle uithoeken van het land waren artsen naar het Vlaams-Brabantse stadje afgezakt.

Het loonde ook wel de moeite. De verregaande regionalisering van Spanje was voor de meeste toehoorders allicht nieuws. En professor Erik Schokkaert (KU Leuven), de 'uitvinder' van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen, gaf tekst en uitleg bij de gezondheidseconomische aspecten van een eventuele regionalisering.

Pijn in het hart

Maar de kers op de taart was toch het panelgesprek. Althans dat had het moeten zijn. De Brusselse PS-coryfee Yvan Mayeur en huisarts Michel Van Halewyn (SSMG, de Franstalige wetenschappelijke huisartsenvereniging) zouden verbaal in de clinch gaan met N-VA-senator dokter Louis Ide en Herman Moeremans, voorzitter van het Syndicaat voor Vlaamse Huisartsen (SVH). Schokkaert nam deel als lachende derde.



▲ Bij herhaling zei Marc Justaert wel dat het christelijke ziekenfonds voorstander is van een doorgedreven financiële verantwoordelijkheid voor de gemeenschappen.

Helaas moest de lokale initiatiefnemer, dokter Frank Mertens, met pijn in het hart meedelen dat Mayeur en Van Halewyn verstek gaven. Agendaproblemen heette het voor de eerste - Mayeur had nochtans al in september toegezegd. Gezien de politieke toestand vond de PS het niet opportuun

iemand anders uit te sturen. En de raad van bestuur van de SSMG floot Van Halewyn terug. Ter vervanging waren CM-voorzitter Marc Justaert en ASGB-voorman Reinier Hueting opgetrommeld.

Responsabilisering

Professor Schokkaert redde het debat op heel eigen wijze: niet alle Vlamingen denken hetzelfde ("net zo min als alle Franstaligen trouwens"), zo trapte hij een open deur in. Zeker is dat niemand van de debatterende heren het Iberische schiereiland als te volgen voorbeeld beschouwt.

Bij herhaling zei Marc Justaert wel dat het christelijke ziekenfonds voorstander is van een doorgedreven financiële verantwoordelijkheid voor de gemeenschappen. "Maar de gezondheidszorg splitsen zal de ziekenhuizen er niet van weerhouden om te lobbyen voor de erkenning van zware medische diensten en technische apparatuur. Zoals nu ook gebeurt met de hartcentra in Vlaanderen. En elke splitsing kost veel geld", dixit Justaert.

Dokter Hueting had over het onderwerp geen uitgesproken mening maar wees wel op de "problematiek van Brussel waar men keuzes moet maken".

Volksgesondheid regionaliseren?

Louis Ide en Herman Moeremans waren uiteraard pro een verregaande splitsing. Voor Moeremans omdat er zoveel misgaat in de gezondheidszorg en omdat huisartsen zichzelf in het Belgische overlegmodel niet autonoom mogen verdedigen. "Dat zijn niet noodzakelijk Vlaams-Waalse tegenstellingen", dixit Moeremans, "maar we stellen wel vast dat de regio's over alles anders denken." Hij kreeg bijval van Louis Ide. Voor hem is een splitsing onafwendbaar. Hij haalde de klassieke boutade "de huisarts is Vlaams, het ziekenhuis Franstalig" boven. Schokkaert herinnerde eraan

Zeker is dat niemand van de debatterende heren het Iberische schiereiland als te volgen voorbeeld beschouwt.

dat er in alle gezondheidszorgsystemen veel mank loopt. "Dat is niet het onderwerp." Hij verweet N-VA niet met inhoud maar met politieke spelletjes bezig te zijn. Dokter Ide was het daarmee uiteraard niet eens en verwees naar de regeringsonderhandelingen. "N-VA is juist bezeten door meer efficiëntie en meer homogene bevoegdheidspakketten", dixit Ide die vaststelde dat het federale Riziv en de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid elkaar tegenwerken. "Een overheveling van de FOD Volksgezondheid leidt bijvoorbeeld tot efficiëntiewinsten", besloot hij. ♦

Met zeventien aan de tafel

Spanje telt 17 autonome regio's die elk hun eigen gezondheidszorg organiseren en beheren. Dat dit niet altijd even efficiënt is, blijkt uit het verhaal van de e-gezondheidskaart die elke patiënt op zak heeft. Elke regio werkt met eigen software en die is niet compatibel met de software van de andere regio's.

Geert Verrijken

De dokters José Miguel Bueno Ortiz en María Pilar Astier Peña stelden op het symposium van de artsenkring van Halle het verregaand gedecentraliseerde Spaanse gezondheidsmodel voor. In 2007 ging 8,5% van het Spaanse Bruto Binnenlands Product (BBP) naar gezondheidszorg. De autonome regio's geven daarvan 90% uit. In de publieke sector is de specialistische geneeskunde goed voor 54% van de uitgaven. Verder volgen eerstelijnszorg (16%), geneesmiddelen (19,8%) en preventie (1,4%). De kosten stijgen de jongste jaren, vooral de uitgaven voor genees-

middelen nemen toe. Gemiddeld wordt per Spanjaard 1.288,58 euro aan gezondheidszorg uitgegeven. De regionale per capita verschillen zijn echter aanzienlijk. In Pais Vasco loopt het gemiddelde per hoofd op tot 1563,68 euro, in Navarra bedraagt het 1.528,59 euro terwijl de gemiddelde Baleaar slechts 1.003,32 euro kost aan gezondheidszorg.

Poortwachter

Wat is er grotendeels gemeenschappelijk? Spaanse huisartsen zijn voor het merendeel ambtenaren werk-

zaam in gezondheidscentra. Een gemiddelde werkweek duurt veertig uur en de huisarts fungeert als poortwachter voor de rest van de gezondheidszorg. Een aantal geneesmiddelen wordt enkel in de ziekenhuizen voorgeschreven. Het leeuwendeel van de voorschriften is echter afkomstig van huisartsen. Zij induceren ook medische beeldvorming en klinische biologie. In sommige regio's 'bestelt' de huisarts CT-scan's, gastroscopieën en NMR's. Hij beslist of een patiënt meer gespecialiseerde zorg nodig heeft en welke medische specialist of welk ziekenhuis daarbij aangewezen is. Vaak omzeilen Spaanse patiënten op advies van hun huisarts trouwens de lange wachtlijsten of sommige medische specialisten door zich via de spoeddienst te laten opnemen.

Elke regio vaardigde echter ook eigen wetten uit. Die hebben tot heel wat onderlinge verschillen geleid. Zo experimenteren sommige regio's met private financieringsmodellen, zijn er verschillen in de verhouding publieke-private financiering, in de manier waarop gecontroleerd wordt enzoverder. ♦

De Ridder krijgt BOKS-award

Dr. Ri De Ridder, directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Riziv, kreeg zondag uit handen van Lut De Baere de BOKS-award. Hij wordt geprezen omdat hij als 'gezicht' van het Riziv de doelstelling "geef onze kinderen meer leven voor hun jaren en meer jaren voor hun leven" mee waarmaakt. | Filip Ceulemans

De Belgische Organisatie voor Kinderen en Volwassenen met een Stofwisselingsziekte (BOKS) reikte afgelopen zondag haar BOKS-award uit aan Dr. Ri De Ridder. De directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Riziv kreeg de onderscheiding omdat hij van het Riziv een open huis heeft gemaakt voor patiëntenverenigingen. "Het Riziv was voor ons vroeger een logge bedoening en een grijs instituut. Het enthousiasme van Ri De Ridder is voor onze vereniging onbetaalbaar. Hij mag terecht in de bloemetjes gezet worden en wij hopen dat hij een voorbeeld kan zijn voor anderen", loofde BOKS-voorzitter Lut De Baere de voormalige huisarts tijdens haar lofreden. "Hij maakt de doelstelling van onze vereniging 'geef onze kinderen meer leven voor hun jaren en meer jaren voor hun leven' helemaal waar." De samenwerking tussen BOKS en het Riziv is niet nieuw. Samen stonden ze aan de wieg van de Centra voor Erfelijke Metabole Aandoeningen (CEMA). Dit is een in Europa uniek netwerk van referentiecentra dat bestaat sinds 1998. Patiënten die zich inschrijven in een erkend CEMA krijgen hun onkosten gedeeltelijk terugbetaald. Een multidisciplinair team bestaande uit een metabool arts, een voedingsdeskundige, een sociaal verpleegkundige en een psychologe, staat ter beschikking van de patiënten. Enkele jaren geleden ijverde BOKS voor een uitbreiding van de ziektebeelden die in de conventie van de CEMA's waren opgenomen. "Mede dankzij Ri De Ridder is dat ook werkelijkheid geworden", zegt Lut De Baere. "De conventie werd opnieuw onder de loep gehouden, kritisch bekeken en geüpdatet waar verouderd, aangepast waar niet meer accuraat en verbeterd waar nodig. Hierdoor kunnen vandaag nog meer mensen met een stofwisselingsziekte gebruik maken van de diensten van het CEMA." ♦

Meer informatie: www.boks.be.

Terugbetaald

Risedronate Mylan 35 mg x 4 tabs 13,48 €
Risedronate Mylan 35 mg x 12 tabs 31,02 €

Risedronate Mylan 35 mg 12 tabs



Switch
ZONDER
nieuwe
aanvraag*

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Risedronate Mylan 35 mg Wekelijks filmomhulde tabletten. KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING: Eén filmomhulde tablet bevat 35 mg natriumrisedronaat overeenkomend met 32,5 mg risedroninezuur. Hulpstof: elke tablet bevat 1,9 mg lactose. FARMACEUTISCHE VORM EN VERPAKKINGEN: Filmomhulde tablet. Witte, ronde, biconvexe filmomhulde tablet met een diameter van 11,2 mm, een dikte van 5,0 mm en met inscriptie "35" op één zijde. Verpakkingsgrootten: 4 of 12 tabletten. Therapeutische indicaties: Behandeling van postmenopauzale osteoporose om het risico van wervelfracturen te verminderen. Behandeling van bewezen postmenopauzale osteoporose om het risico van heupfracturen te verminderen. Behandeling van osteoporose bij mannen met een verhoogd risico op fracturen. Dosering en wijze van toediening: De aanbevolen dagelijkse dosering voor volwassenen is één tablet van 35 mg oraal eenmaal per week. De tablet dient iedere week op dezelfde dag te worden ingenomen. De absorptie van natriumrisedronaat wordt beïnvloed door voedsel. Om adequate absorptie te garanderen dienen patiënten Risedronate Mylan daarom als volgt in te nemen: • Vóór het ontbijt: tenminste 30 minuten vóór het eerste eten, andere geneesmiddelen of drinken (met uitzondering van gewoon water) van de dag. Patiënten moeten de instructie krijgen dat, als zij een dosis zijn vergeten, één Risedronate Mylan 35 mg tablet moet worden ingenomen op de dag dat dit wordt herinnerd. Patiënten moeten dan wederom één tablet eenmaal per week innemen op de gebruikelijke dag. De patiënt mag geen twee tabletten op dezelfde dag innemen. De tablet moeten in het geheel worden doorgeslikt en er mag niet op gezogen of gekauwd worden. Om het transport van de tablet naar de maag te bevorderen moet Risedronate Mylan in een verticale positie ingenomen worden met een glas gewoon water (> 120 ml). Patiënten dienen nadat de tablet is ingenomen de eerstvolgende 30 minuten niet te gaan liggen. Suppletie van calcium en vitamine D dient te worden overwogen bij onvoldoende inname via de voeding. Ouderen: Aanpassing van de dosering is niet nodig, omdat de biologische beschikbaarheid, distributie en eliminatie bij ouderen (> 60 jaar) vergelijkbaar was met deze van jongere patiënten. Nierfunctiestoornis: Bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie hoeft de dosering niet te worden aangepast. Natriumrisedronaat mag niet worden gebruikt bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (creatinineklaring lager dan 30 ml/min). Kinderen en adolescenten: Risedronate Mylan wordt niet aanbevolen voor gebruik bij kinderen en adolescenten vanwege onvoldoende gegevens omtrent de veiligheid en werkzaamheid. Contra-indicaties: Overgevoeligheid voor natriumrisedronaat of voor één van de hulpstoffen. Hypocalciëmie. Zwangerschap en borstvoeding. Ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring < 30 ml/min). Bijwerkingen: In fase III klinische studies werd het gebruik van natriumrisedronaat bij meer dan 15000 patiënten bestudeerd. In de klinische studies was de meerderheid van de bijwerkingen licht tot matig van ernst en meestal was stoppen van de behandeling niet nodig. Bijwerkingen, gerapporteerd tijdens de fase III klinische studies bij postmenopauzale vrouwen met osteoporose, behandeld tot 36 maanden met natriumrisedronaat 5 mg/dag (n=5020) of placebo (n=5048), gezien als mogelijk of waarschijnlijk gerelateerd aan natriumrisedronaat, zijn hieronder weergegeven. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de volgende indeling (voorvallen versus placebo worden weergegeven tussen haakjes): zeer vaak (≥1/10); vaak (≥1/100, <1/10); soms (≥1/1000, <1/100); zelden (≥1/10000, <1/1000); zeer zelden (<1/10000); niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). Zenuwstelselaandoeningen: Vaak: hoofdpijn (1,8% vs 1,4%). Oogaandoeningen: Soms: Iritis*. Maagdarmstelselaandoeningen: Vaak: obstipatie (5,0% vs 4,8%), dyspepsie (4,5% vs 4,1%), nauusea (4,3% vs 4,0%), buikpijn (3,5% vs 3,3%), diarree (3,0% vs 2,7%). Soms: gastritis (0,9% vs 0,7%), oesofagitis (0,9% vs 0,9%), dysfagie (0,4% vs 0,2%), duodenitis (0,2% vs 0,1%), oesofagus ulcus (0,2% vs 0,2%). Zelden: glossitis (<0,1% vs 0,1%), oesofagus strictuur (<0,1% vs 0,0%). Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen: Vaak: musculoskeletale pijn (2,1% vs 1,9%). Onderzoek: Zelden: afwijkende leverfunctietests*. *Geen relevante voorvallen in de fase III osteoporose studies; frequentie is gebaseerd op bijwerkingen/laboratorium/bevindingen na herhaalde blootstelling uit eerdere klinische studies. In een éénjarig, dubbelblind, multicenter onderzoek bij postmenopauzale vrouwen met osteoporose waarbij natriumrisedronaat 5 mg dagelijks (n=4805) en natriumrisedronaat 35 mg wekelijks (n=485) vergeleken is, blijkt dat de algehele veiligheids- en tolerantieprofielen vergelijkbaar zijn. De volgende bijwerkingen, die genoemd zijn door onderzoekers als mogelijk of waarschijnlijk gerelateerd aan het geneesmiddel (incidentie groter bij risedronaat 35 mg dan bij natriumrisedronaat 5 mg groep), zijn ook nog gemeld: maagdarmstelselaandoeningen (1,6% vs 1,0%) en pijn (1,2% vs 0,8%). In een tweejarig onderzoek bij mannen met osteoporose was het algehele veiligheids- en tolerantieprofiel vergelijkbaar tussen de behandelde groep en de placebogroep. De bijwerkingen kwamen overeen met de bijwerkingen die eerder waren gemeld bij vrouwen. Laboratoriumbevindingen: Bij sommige patiënten zijn in het begin van de behandeling voorbijgaande, asymptomatische en lichte dalingen van de serumcalcium- en fosfaatspiegels waargenomen. De volgende bijwerkingen zijn ook nog gemeld na het op de markt brengen (frequentie niet bekend): Oogaandoeningen: Iritis, uveïtis. Skeletspierstelsel- en bindweefsel-aandoeningen: Osteonecrose van de kaak. Huid- en onderhuid-aandoeningen: Overgevoeligheid en huidreacties, zoals angio-oedeem, algemene uitslag, huidreacties met blaasvorming, waarvan sommige ernstig. Immunusysteem-aandoeningen: anafylactische reactie. Lever- en gal-aandoeningen: Ernstige leverstoornissen. In de meeste gerapporteerde gevallen werden die patiënten ook behandeld met andere producten die leverstoornissen kunnen veroorzaken. HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: Mylan bvba/spri, Terhulpssteenweg 6A, B-1560 Hoellaart. NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN: BE376117. DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST - GOEDKEURING VAN DE TEKST: 01/2011.

Samen maken we geneesmiddelen toegankelijk voor iedereen

* op basis van het bestaande attest voor o.a. Actonel®.

