



Mevrouw,  
Meneer,

Op 10 december organiseerde VNBS samen met Agoria ICT eHealth Platform een colloquium over "Overwinnen van barrières in eGezondheid". Sprekers waren de heren Kees Smedema, Senior director business development bij Philips Medical Systems, Bruno Holthof, Voorzitter van het managementcomité van ZNA Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Guy Peeters, Algemeen secretaris van NSVM Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten en Dirk Ramaekers, Algemeen directeur van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg. Moderator was Marleen Finoulst, hoofdredacteur van Bodytalk. Deze sprekers gaven hun visie op de barrières voor de implementatie van nieuwe technologie in de eGezondheidszorg.

## Colloquium "Overwinnen van barrières in eGezondheid"

### Babyboomers als hefboom voor de implementatie van nieuwe technologie en de transformatie van de gezondheidszorg

Vlaanderen telt momenteel zo'n 800.000 babyboomers (50 - 60 j.) Van deze generatie wordt gezegd dat ze kapitaalkrchtig is, met de focus op tijd, comfort en toegang. Babyboomers willen actief zijn en zich ontplooiën. Ze zijn erg op hun onafhankelijkheid gesteld en willen zo lang mogelijk zelfstandig wonen.

De babyboomer, maar ook de oudere generatie, heeft meer en meer last van chronische ziekten. Tegelijk staat deze groep open voor medische technologie die comfort en onafhankelijkheid verhoogt. Monitoring, zowel proactief als ten behoeve van follow up, is zo'n toepassing.

Op de weg naar succesvolle implementatie van medische monitoring liggen een aantal barrières: financiering van gezondheidszorgen, veranderende rollen bij zorgverleners, het elektronisch medisch dossier enz. De sleutel ligt bij een **samenwerking tussen de verschillende stakeholders**: de technologieleverancier, de zorgverlener, de verzekeraar en de overheid. Voeg daar de babyboomer bij, want deze mondige en grote generatie zal de gezondheidszorg tot transformatie dwingen.

---

### "Opportunities and challenges for eHealth: from cure to care" (Kees Smedema, senior director business development van Philips Medical Systems)

---

De centrale vraag is of eGezondheid (te definiëren als ICT in de gezondheidszorg) kan helpen om de uitdagingen in de gezondheidszorg aan te kunnen. Duidelijk is dat

gezondheidszorg welvaart creëert (10% van de arbeidskracht, bijna 10% van het BBP). Gezondheidszorg is niet zomaar een kostenfactor, het is eveneens een economische opportuniteit. We zien dat de sector van de gezondheidszorgen, hoewel erg informatie-intensief, achterop loopt waar het investeringen in ICT betreft. Dat geldt zeker voor het gebruik van ICT om klinische informatie te behandelen, om beslissingen te ondersteunen, en in de thuiszorg.



**De nieuwe sectoren vereisen een nieuw model van gezondheidszorg, dat de hele cyclus van medische zorgen omvat**

De nieuwe sectoren in eGezondheid:

- regionale/nationale gezondheidsinformatienetwerken
- klinische informatie buiten de ziekenhuizen
- telegeneeskunde- en telegorgsystemen en -diensten
- systemen voor patiënten/burgers (Personal Health Record, patient portals)

**Kenmerken:**

- patiënt centraal; de zorg volgt de patiënt**
- interoperabiliteit tussen zorgsettings**
- samenwerking tussen zorgverstrekkers**

Verskillende barrières verhinderen of vertragen het uitrollen van dit nieuwe model van “healthcare delivery”:

- 1. terugbetaling en financiering.** De financiering van de gezondheidszorg is gebaseerd op acute zorg. Er zijn geen incentives om de volledige zorgcyclus inclusief preventie te optimaliseren. Wie krijgt de benefits als burgers gezond gehouden worden?
- 2. weerstand bij zorgverstrekkers.** ICT betekent initieel meer werk, en return is enkel mogelijk als iedereen in de zorgcyclus samenwerkt. Wie moet de ICT-investeringen betalen?
- 3. weerstand bij burgers.** De burger/patiënt wordt steeds mondiger en heeft niet noodzakelijk genoeg vertrouwen om alle zorgverstrekkers toe te laten tot zijn medische gegevens. De burger wil evenmin dat IT de menselijke zorg zou vervangen.
- 4. weerstand bij overheid en verzekeraars.** Deze stakeholder vraagt naar bewijs dat ICT-investeringen de problemen in de gezondheidszorg helpen oplossen.

- 1. FOCUS OP REELE TOEPASSINGEN WAARBIJ DE VERSCHILLENDE STAKEHOLDERS DE VOORDELEN KUNNEN ZIEN.** M.a.w. focus op een ziekte of een aspect van ziekte maar dan wel vanuit de hele ketenzorg.
- 2. CREEER OVERTUIGEND BEWIJS DAT eGEZONDHEIDS-INVESTERINGEN WERKEN.** Doe dit door brede programma's, niet door kleine piloten en vanuit een lange termijn visie op gezondheidszorg.
- 3. BEZORG DE STAKEHOLDERS VERTROUWEN EN BEWIJS.** Doe dit in de eerste plaats naar zorgaanbieders en patiënten toe.

**AANBEVELINGEN**

4. **VIND EEN “EIGENAAR” DIE ALS KATALYSATOR KAN FUNCTIONEREN OM ALLE STAKEHOLDERS TE LATEN SAMENWERKEN.** Dit kan de overheid of een verzekeraar zijn. (bv. Achmea in Nederland)
5. **ZOEK EEN AANGEPAST BUSINESS- EN TERUGBETALINGS-MODEL.** Leer van anderen (Canada, Scandinavische landen, Spanje). Regionale gezondheidszorg kan hiervoor een geschikte partner zijn.

**AANBEVELINGEN**

### “Focusklinieken” (Bruno Holthof, voorzitter management comité van ZNA Ziekenhuis Netwerk Antwerpen)

Het strategisch plan van ZNA voor 2007 – 2012 voorziet om **geïntegreerde zorg** te leveren zowel binnen als buiten de organisatie, en om patiëntengroepen te **segmenteren**.

In dat kader is men gestart met zgn. **focusklinieken**. Het begrip focuskliniek staat voor een geïntegreerd zorgtraject voor een bepaalde patiëntengroep. Men gebruikt hiervoor de methodiek van het klinisch pad, een instrument om in overleg tussen alle betrokken zorgverleners het volledige zorgtraject (diagnose, behandeling, revalidatie) van een patiënt te standaardiseren.

Dergelijke zorgtrajecten lopen binnen en buiten het ziekenhuis. Het duurt gemiddeld 18 maanden om een focuskliniek op te starten. Vooral de mentale patronen bij zorgverstrekkers (“silo-denken”) maken het multidisciplinaire overlegproces erg intensief en langdurig. Tegelijk is het essentieel dat de huisarts een plaats heeft in dit gebeuren.

#### 3 niveaus in klinische paden



### “Bytes of Bitches” (Guy Peeters, algemeen secretaris van NSVM Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten)

Technologie maakt een geïntegreerde gezondheidszorg mogelijk. Deze vereist immers een efficiënte uitwisseling van informatie tussen verschillende stakeholders nl. zorgaanbieders, verzekeraars en overheid.

CareNet is een telecommunicatienetwerk van de VI’s (verzekeringsinstellingen), de apothekers, de individuele zorgverleners en de zorginstellingen waarbij beveiligde elektronische gegevensuitwisseling tussen alle actoren mogelijk wordt. Het netwerk zal uitgebreid worden naar de verpleegkundigen. Een volgende stap is de portaal-site MyCareNet.

De analyse van gecodeerde en geanonimiseerde patiëntgegevens vanuit CareNet en MyCareNet kan aangewend worden voor wetenschappelijk onderzoek en ondersteunt op die manier evidence based medicine.



### Be-Health is klaar voor toepassing

Be-Health is een centraal aanspreekpunt voor de uitwisseling van medische gegevens. Het is een platform waardoor via een portaal-site alle informatie en toepassingen van de gezondheidssector elektronisch beschikbaar zullen worden gesteld. Door de ontwikkeling van standaarden wil men de interoperabiliteit van systemen garanderen. Zowel gezondheidsverstrekkers als patiënten zullen toegang hebben tot het portaal.

Het RIZIV start met de omkadering van zorgtrajecten. De eerste projecten voor 2008 zullen liggen in het domein van diabetes en chronische nierinsufficiëntie. Belangrijk hierbij zijn een goede samenwerking tussen huisarts en specialist, en incentives voor zorgverstrekkers en patiënten om in een zorgtraject te stappen. Concreet zou dit voor de zorgverstrekker betekenen dat hij of zij betaald wordt per patiënt per periode i.p.v. per prestatie. Voor de patiënt zou een laag remgeld een gepaste incentive zijn. De rol van de ziekenfondsen bestaat er in:

- deze zorgtrajecten verzekeringstechnisch uit te voeren
- gegevens te verzamelen over zorgconsumptie zodat het zorgtraject geëvalueerd kan worden
- individuele of collectieve sensibiliserende en ondersteunende acties te ondernemen. iDTV is alvast een opportuniteit voor eCare.

Ziekfondsen kunnen m.a.w. de motor zijn voor eCare, waarbij zij zorg dragen voor de patiëntenrechten bv. toegang tot patiëntgegevens. Telemedicine is de toekomst. Hierbij zijn verschillende overheidsinstanties betrokken: FOD Volksgezondheid, FOD Sociale Zaken, RIZIV, KSZ, maar ook de regionale overheid, verantwoordelijk voor welzijn en thuiszorg. Overleg tussen federaal en regionaal niveau zal cruciaal zijn voor de implementatie.

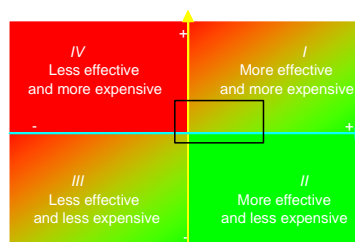
---

### **“Zou health technology assessment geen deel moeten uitmaken van een innovatiebeleid?” (Dirk Ramaekers, algemeen directeur van KCE Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg)**

---

België heeft één van de beste gezondheidszorgsystemen ter wereld, met een snelle introductie van nieuwe technologieën. Tegelijk is ons land één van de weinige waar de kwaliteit en de performantie van de gezondheidszorg niet gemeten wordt. Beleidsevaluatie is noodzakelijk om de organisatie en de ontwikkeling van de gezondheidszorg te sturen. Zorgverlening verschuift na 50 jaar van innovatie van het oude paradigma naar evidence based medicine: systematische reviews, gerandomiseerde klinische proeven, waarnemingsstudies. We moeten weten wat werkt of wat toegevoegde waarde heeft en wat niet.

**In de gezondheidseconomie bekijkt men in hoeverre de gezondheidszorg betaalbaar is of kosteneffectief. Op basis daarvan kan men de terugbetaalbaarheid koppelen aan de effectief noodzakelijke (duur van) behandeling**



Technologische innovaties in eGezondheid moeten onderworpen worden aan HTA Health Technology Assessment. We hebben conclusies nodig over

1. de kosten en de baten op lange termijn
2. de klinische effectiviteit (baten t.o.v. risico)
3. noden en voorkeuren van patiënten
4. de organisatie van een optimale zorgverlening

Telemedicine is veelbelovend maar is nog weinig onderzocht op effectiviteit of op toegevoegde waarde. Dergelijk onderzoek moet gedaan worden in de “emerging” fase van medisch gebruik, dus niet als iets al wijdverspreid is. De studies die momenteel gemaakt worden, zijn van onvoldoende kwaliteit. Vermits eHealth, in tegenstelling tot geneesmiddelen, een erg “lokaal” gebeuren is, is het noodzakelijk dat lokale stakeholders participeren in dergelijk onderzoek.

1. **FOCUS OP REELE THERAPEUTISCHE EN SOCIALE TOEGEVOEGDE WAARDE (VÓÓR DE MARKETING)**
2. **ONDERNEEM ACTIEONDERZOEK, EXPERIMENTEN, VOLDOENDE GROTE PILOOTPROJECTEN (PPS VOOR R&D?)**
3. **WERK EEN KADER UIT EN HAAL WETTELIJKE BARRIERES WEG**
4. **MAAK KOSTENEFFECTIEVE TECHNOLOGIEËN TERUGBETAALBAAR**

**AANBEVELINGEN**

*Meer informatie?*

*Ann D’Haese, projectcoördinator VNBS, [ann.dhaese@voka.be](mailto:ann.dhaese@voka.be)*

in samenwerking met

**Microsoft**

**PHILIPS**

**SIEMENS**

**telenet** 