

Health Forum

Juni 2013 · Nr. 14

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · driemaandelijks



Dossier

De 6^e Staatshervorming: Welke risico's? Welke kansen?

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 Mettwielaan 74-76
1080 Brussel
www.euromut.be



Freie Krankenkasse

Hauptstrasse 2
4760 Büllingen
www.freie.be



Onafhankelijk Ziekenfonds Securex

Tervurenlaan 43 | Verenigde-Natieslaan 1
1040 Brussel | 9000 Gent
www.securex-ziekenfonds.be



Partena Ziekenfonds

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



Partenamut

Anspachlaan 1
1000 Brussel
www.partenamut.be

Gezond verstand versus realpolitiek

De meeste actoren in de gezondheidszorg staan argwanend tegenover de 6^e Staatshervorming. Niet omdat ze zo conservatief zijn, maar om de eenvoudige reden dat de voorziene overdrachten van bevoegdheden niet kaderen in een bepaalde visie op het gezondheidsbeleid. In dit stadium is het interessant om stil te staan bij twee belangrijke kwesties van de hervorming: Brussel en de coördinatie tussen de entiteiten.

Brussel, de onontwarbare knoop

Brussel werd lange tijd stiefmoederlijk behandeld, maar is nu op enkele weken tijd uitgegroeid tot het middelpunt van de belangstelling en het favoriete mikpunt van de politieke tenoren. En terecht, want het overdragen van de bevoegdheden aan Brussel is een ware hersenbreker! Twee modellen staan lijnrecht tegenover elkaar. Enerzijds is er het bicommunautaire model, met het opkomend Brussels zelfbewustzijn dat de communautaire assen overstijgt en dat beter past in een multiculturele visie: iedere Brusselaar moet dezelfde rechten genieten, ongeacht zijn culturele afkomst. Anderzijds is er het communautaire model, dat de kloof tussen Franstaligen en Nederlandstaligen weerspiegelt en waarin het principe van de subnationaliteiten bevestigd wordt: iedere burger moet een keuze maken. Voor de gewone sterveling is de bicommunautaire regionale logica vanzelfsprekend,

zeker als de puzzel van de Brusselse instellingen zo kan vereenvoudigd worden. Maar **de communautaire realpolitiek dreigt zowel aan Nederlandstalige als aan Franstalige zijde de overhand te krijgen** als er geen consensus bereikt wordt over een gedeeld model.

Coördinatie, het probleemkind van de hervorming

Nu de verschillende gemeenschappen druk bezig zijn met de organisatie van hun nieuwe bevoegdheden, blijft er nauwelijks tijd over voor reflectie met betrekking tot de coördinatie van dat nieuwe evenwicht tussen de bevoegdheidsniveaus. Dat is nochtans van essentieel belang. Alle landen die hun gezondheidszorg 'gedecentraliseerd' hebben, werden al geconfronteerd met fikse schommelingen tussen de gewesten wat betreft toegang, infrastructuur, prijs of kwaliteit van de zorg (zie p.15). De noodzaak om een zorgcontinuüm uit te werken, botst overigens nogal eens met de institutionele complexiteit. Het is dus belangrijk om de nodige mechanismen voor een coherent beleid uit te bouwen, om de risico's die gepaard gaan met de hervorming te voorkomen en om de performantie van de gezondheidszorg in de verschillende gewesten te meten. We blijven het op de voet volgen, ingeval seizoen 7 van de hervorming al voor de deur staat!

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 · Annemie Coëme · Regina De Paepe
Luc Detavernier · Christian Horemans · Pascale Janssens · Nathalie Renna · Hellen Smeets
Piet Van Eenoo · Christiaan Van Hul · Emilie Vanderstichelen · Steven Vervaeke

Lay-out

Leen Verstraete · layout@mloz.be

Foto's

Reporters

Vertaling

Annemie Mathues · Emilie Van Isterdael · Barbara Van Ransbeeck

Verantwoordelijke uitgever

Xavier Brenez · xavier.brenez@mloz.be

Health Forum

Het magazine van de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen · Winter 2014

**Wenst u Health Forum
regelmatig te ontvangen of
uw collega's te abonneren?**

Contacteer ons!
Landsbond van de
Onafhankelijke Ziekenfondsen
Health Forum
Sint-Huibrechtsstraat 19
1150 Brussel · T 02 778 92 11
Of stuur een e-mail naar
health-forum@mloz.be



Volg ons op Twitter!
[@HealthForumNL](https://twitter.com/HealthForumNL)

Inhoud

Nr. 14

Juni 2013

3 Edito

5 Wist u?

6 Dossier

De 6^e Staatshervorming
Welke risico's? Welke kansen?

16 Forum Zorgverstrekkers

Mantelzorgers: een eerste stap in de richting van erkenning

Dokters van de Wereld - Overal ter wereld... dus ook bij ons!

Luchtvervuiling: strengere regels voor een betere gezondheid

Innoverende therapieën: een uitdaging voor de gezondheidszorg

Interview - "We moeten meer focussen op zelfresponsabilisering"

22 Actua Onafhankelijke Ziekenfondsen

26 Studie

De thuisdialyse aanmoedigen

28 Partners

Wegwijs in het doolhof van multiple sclerose

Op weg naar autonomie... ook in Togo!

30 Kiosk

www.mloz.be

Dossier

De 6^e Staatshervorming: risico's en kansen

Op 11 oktober 2011 hebben in totaal acht partijen een akkoord gesloten over de 6^e Belgische Staatshervorming. Zo komen bijvoorbeeld het ouderenbeleid, het preventiebeleid en de organisatie van de eerstelijnszorg in Vlaamse, Waalse en Brusselse handen. Hoe bereidt men zich voor op politiek vlak? En hoe kijken de betrokken actoren aan tegen deze overdracht van bevoegdheden?



6

Forum Zorgverstrekkers

Mantelzorgers: een eerste stap in de richting van erkenning

Deze lente werd een voorontwerp van de wet over de erkenning van de mantelzorger goedgekeurd. De bedoeling van deze tekst is om het begrip 'mantelzorger' te definiëren en de personen te identificeren die deel uitmaken van deze doelgroep. Luc Detavernier, expert van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, geeft meer uitleg.



16

Interview

"We moeten meer focussen op zelfresponsabilisering"

De kwaliteit van de mondgezondheid bij de Belgen is er de laatste 3 decennia fel op vooruitgegaan. Een evolutie waarover het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) zich uiteraard verheugt. Dat betekent echter niet dat de tandartsen op hun lauweren rusten, want de uitdagingen blijven legio. Een interview met [Stefaan Hanson](#), woordvoerder van het VVT!



24

62

is het aantal gezonde levensjaren, waarop Europeanen mogen hopen.

Bron: Eurostat

Een lijst van de essentiële geneesmiddelen

Over de hele wereld overlijden jaarlijks 400.000 kinderen, jonger dan 5 jaar, door diarree. Een couranter gebruik van zinksulfaat zou levensreddend kunnen zijn. Zink kan immers, samen met orale rehydratiezouten, bijdragen tot een verlaging van het sterftecijfer. Daarom heeft de Wereldgezondheidsorganisatie zinktabletten toegevoegd aan haar modellijst van de geneesmiddelen die van essentieel belang zijn. De 350 producten van die lijst worden aanbevolen door de WGO voor de behandeling van de prioritaire aandoeningen in de wereld. Elk geneesmiddel werd gekozen vanwege zijn onschadelijkheid, doeltreffendheid en kosten-batenverhouding. Deze lijst bestaat al meer dan 20 jaar en wordt om de twee jaar geactualiseerd.

www.who.int

Een telefonische hulpdienst voor diabetespatiënten

In Frankrijk wordt een telefonische hulpdienst aangeboden aan alle diabetespatiënten ouder dan 18 jaar. De Franse ziekteverzekering heeft dit systeem uitgetest en ingevoerd. De bedoeling is om de gezondheidstoestand en de levenskwaliteit van personen met chronische aandoeningen te vrijwaren en om de frequentie en de ernst van de verwikkelingen die gepaard gaan met hun ziekte te verminderen. 140 verpleegkundigen/gezondheidsadviseurs nemen op geregelde tijdstippen contact op met de diabetespatiënten om te peilen naar hun gezondheidstoestand, hun noden en hun persoonlijke situatie. De patiënt kan zelf ook op elk ogenblik contact opnemen met een gezondheidsadviseur. Uit een enquête tussen 2009-2011 is gebleken dat de patiënten die aangesloten zijn bij deze dienst, minder hoge gezondheidsuitgaven hebben dan andere diabetespatiënten. Bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen loopt overigens een proefproject met telefonische begeleiding bij onze Vlaamse leden.

19^e

dat is de positie van België op de klassering van het kinderwelzijn in rijke landen (volgens Unicef).

Beperking van de elektromagnetische velden in de openbare ruimte



67% van de Europeanen denkt dat draagbare telefoons een effect hebben op hun gezondheid, volgens de Eurobarometer 2010. De burger is en blijft dus ongerust, hoewel het schadelijke effect van elektromagnetische golven nog door geen enkele studie bevestigd werd. Welnu, er is een ambitieus project gelanceerd om die golven met ten minste 50% te verminderen, zonder negatieve gevolgen voor de kwaliteit van de dienstverlening. Het project Lexnet, dat Europese ondersteuning geniet, zal een globale index bepalen om de gemiddelde blootstelling van de bevolking aan die golven te bepalen in tijd en ruimte. Het project wordt geleid door 17 operatoren van telecommunicatie, leveranciers, onderzoekscentra en economische instellingen, gevestigd in meerdere Europese landen. In België werd de interuniversitaire groep iMinds betrokken bij het project.



Dossier

6^e Staatshervorming: welke risico's en kansen?

Overdracht van de bevoegdheden: hoever staan we?

p. 7

Xavier Brenez: "Het is een scenario van risicobeheersing: het is tijd om te handelen!"

p. 10

Welke risico's en kansen in het veld?

p. 12

Recentralisering: een nieuwe trend?

p. 15

Overdracht van bevoegdheden: hoever staan we?

In oktober 2011 hebben in totaal acht partijen een akkoord gesloten over de 6^e Belgische Staatshervorming. In het kader van deze hervorming worden voor ongeveer 17 miljard euro aan bevoegdheden overgedragen van het federale niveau naar de deelstaten. Ook in de gezondheidszorg worden er bevoegdheden overgeheveld voor 4,2 miljard euro. Zo komen bijvoorbeeld het ouderenbeleid, het preventiebeleid en de organisatie van de eerstelijnszorg in Vlaamse, Waalse en Brusselse handen. In principe zou alles vóór eind 2013 goedgekeurd moeten zijn, maar hoever staan we vandaag in de verschillende regio's?

Vlaanderen komt traag maar zeker op gang

Binnen de Vlaamse Regering werd afgesproken dat er een groenboek zou worden samengesteld met een grondige analyse van de over te hevelen materies. Ook de verschillende strategische opties met betrekking tot continuïteit, vernieuwing en financiering zullen erin aan bod komen. Op basis van het groenboek zal in het Vlaams Parlement een debat gevoerd worden over de mogelijke beleidskeuzes, waarna dan de uiteindelijke politieke besluitvorming zal plaatsvinden.

Voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, dat betrokken is bij drie van de zes clusters van de over te hevelen bevoegdheden, heeft de bevoegde Vlaamse minister Jo Vandeuren een centrale stuurgroep opgericht. Deze stuurgroep bestaat uit verschillende werkgroepen rond eerstelijnsgezondheidszorg, gezondheidsberoepen, geestelijke gezondheidszorg, mobiliteitshulpmiddelen, ouderenbeleid, preventiebeleid, revalidatieovereenkomsten en ziekenhuizen. In de werkgroepen zetelen de leidende ambtenaren van het departement, kabinetsmedewerkers en enkele externe experts. Nadat ze elk hun deelmaterie grondig geanalyseerd hebben, zullen ze in twee overlegondes per sector peilen

Sommigen pleiten voor een radicale hervorming, die aan Brussel het statuut van volwaardig gewest zou toekennen.

naar de bekommernissen en verwachtingen van de belanghebbenden, waaronder de verzekeringsinstellingen. De resultaten van deze overlegondes zullen ook verschijnen in het groenboek.

Sinds begin februari maken ook de Strategische Adviesraad (SAR) en de Sociaal-Economische Raad (SERV) deel uit van de centrale stuurgroep, los van het feit dat het kinderbijslagfonds, syndicale organisaties en koepelorganisaties als belanghebbenden aan tafel zitten. Op die manier kunnen de SAR en de SERV volop participeren aan de informatiedeling en aan de opmaak van het groenboek. Dat document zou

rond de zomer afgerond worden op Vlaams niveau. Daarna kan het overgedragen worden aan het Vlaams Parlement en kan het maatschappelijke debat starten.

In Wallonië wordt er gediscussieerd

In het Waalse gewest neemt men het onderwerp wel ernstig, maar de institutionele bespiegelingen zijn nog volop aan de gang. De interparlementaire commissie Wallonië-Brussel, voorgezeten door Rudy Demotte, heeft haar activiteiten hervat in januari. De commissie bestaat uit vier Waalse of Brusselse leden van alle partijen die betrokken zijn bij de institutionele akkoorden (PS, MR, Ecolo, CDH). Hun opdracht bestaat erin om uit te maken of het aan het gewest



Voor het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, heeft Jo Vandeurzen een centrale stuurgroep opgericht.

of aan de Gemeenschap is om deze of gene overgedragen bevoegdheid uit te oefenen. Om die vragen te kunnen beantwoorden, heeft de commissie een reeks hoorzittingen en ontmoetingen opgestart met de actoren uit de sector van de gezondheidszorg (RIZIV, ziekenfondsen, zorgverleners, federaties van ziekenhuizen, zorgplatformen). Deskundigen werden belast met de samenvatting van alle informatie, verzameld tijdens parlementaire zittingen.

Tegelijk met de werkzaamheden van de interparlementaire commissie Wallonië-Brussel, komen ook de partijen van de Franstalige meerderheid op geregelde tijdstippen bijeen. Paul Magnette (PS), Charles Michel (MR), Benoît Lutgen (CDH) en Emily Hoyos (Ecolo) bespreken niet alleen de overdracht van de bevoegdheden, maar ook de institutionele structuur in het zuiden van het land. Zij zullen de knopen doorhakken door afspraken te maken over de rol die het gewest en de Gemeenschap zullen spelen bij het beheer van de verschillende bevoegdheden. Tegen de zomer zouden er resultaten moeten zijn.

In Brussel maakt men zich zorgen

Brussel is een heet hangijzer. De Franstaligen zouden Brussel willen erkennen als volwaardig gewest, de Vlamingen hebben daar geen zin in. Er blijven dus nog veel onopgeloste vragen over. De beide gemeen-

schappen zijn het er wel over eens dat men alles moet doen om te vermijden dat de Brusselaars onderling gediscrimineerd zouden worden.

In de tekst van de 6^e Staatshervorming wordt verwezen naar de mogelijkheid om bevoegdheden over te dragen aan de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie (GGC), waarin zowel Nederlandstalige als Franstalige verkozenen zetelen. De keerzijde van dat scenario is dat het geen oplossing biedt voor de versnippering van de Brusselse instellingen: het Brussels Hoofdstedelijk gewest, de Franstalige Gemeenschapscommissie en de Vlaamse Gemeenschapscommissie. Deze optie belet de Brusselaars overigens om iets te ondernemen op fiscaal gebied (de GGC beschikt niet over fiscale hefbomen). Vandaar dat sommigen tijdens de besprekingen pleiten voor een radicale hervorming, die aan Brussel het statuut van volwaardig gewest zou toekennen. De Walen en de Brusselaars verdedigen dit model nog altijd, maar ze hebben hiervoor groen licht van Vlaanderen nodig en zonder waarborgen voor de Nederlandstalige Brusselaars zullen ze dat zeker niet krijgen.

En op federaal niveau?

Op federaal niveau werkt het Uitvoeringscomité voor de Institutionele Hervormingen (Comori) verder aan de bevoegdheidsoverdrachten en de bijzondere financieringswet. De bedoeling is dat alle wetteksten nog voor de zomervakantie afgerond en goedgekeurd zijn. De eerste minister, de ministers-presidenten en de staatssecretarissen voor Staatshervorming hebben

intussen samen beslist om een 'task force' op te richten. Deze task force zal de uitwisseling van nuttige informatie mogelijk maken en op het juiste moment de modaliteiten organiseren om de hervorming te concretiseren. Daarnaast zullen de experts van de 8 partijen (de 6 meerderheidspartijen plus Groen en Ecolo) de uitwerking

van de juridische teksten voortzetten. De institutionele meerderheid blijft bij het opzet om de 6^e Staatshervorming vanaf 2014 te laten ingaan, maar indien dit organisatorisch niet in de optimale omstandigheden kan gebeuren, zal het voor 2015 zijn.

De meerderheid blijft bij het opzet om de 6^e Staatshervorming vanaf 2014 te laten ingaan


Hellen Smeets
Stéphanie Brisson



De 6^e Staatshervorming zal vooral een grote impact hebben op de sector van de ouderenzorg, zowel voor het personeel als de patiënten...

De overgedragen bevoegdheden op gezondheidsgebied zijn:

- de mobiliteitshulpmiddelen voor gehandicapten
- de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden
- de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen (ziekenhuizen, ziekenhuisdiensten en -functies, zorgprogramma's)
- de rustoorden, rust- en verzorgingstehuizen, dagcentra, centra voor korte verblijven, geïsoleerde geriatrie diensten en geïsoleerde diensten voor gespecialiseerde verzorging
- de volgende revalidatieovereenkomsten: ORL, psy, drugsverslaafden, slechthorenden, slechthorenden, psychosociale revalidatie voor volwassenen, vroegtijdige stoornissen van de interacties ouder-kinderen, autisme, revalidatie-instellingen voor kinderen met een ernstige medische en psychologische aandoening, instellingen voor motorische revalidatie
- de platformen voor geestelijke gezondheidszorg
- de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) en de initiatieven voor beschut wonen (IBW)
- de middelen die het federale niveau momenteel besteedt aan preventie en het Fonds ter bestrijding van verslavingen
- de ondersteuning van de gezondheidsberoepen van de eerste lijn en de organisatie van de eerstelijnszorg (het Impulsfonds, de kringen van huisartsen, de plaatselijke multidisciplinaire netwerken (RLM), de geïntegreerde thuiszorgdiensten (SISD), de preventieacties door tandartsen ...)
- de palliatieve netwerken en de palliatieve multidisciplinaire ploegen



Gesprek met Xavier Brenez

Het is een scenario van risicobeheersing: het is tijd om te handelen!

Nu het startschot voor de 6^e Staatshervorming en de overdracht van een deel van de bevoegdheden in de gezondheidszorg gegeven is, buigen de Onafhankelijke Ziekenfondsen zich over hun toekomstige rol. Xavier Brenez, Directeur-generaal, benoemt de grootste risico's en raadt de overheden aan om deze moeilijke klip te omzeilen door een beroep te doen op de expertise van de ziekenfondsen.

Wat is uw mening over deze 6^e Staatshervorming?

Xavier Brenez - Het institutionele akkoord over de 6^e Staatshervorming is een politiek akkoord dat niet bedacht werd met het gezondheidsbeleid voor ogen. De onzekerheid overheerst dus. Er is geen globale visie op de gezondheid in België. Met de overdracht van de bevoegdheden op vlak van gezondheid, bevinden we ons in een scenario van risicobeheersing. Het is dus tijd om de daad bij het woord te voegen.

Wat zijn de grote risico's van de 6^e Staatshervorming in het kader van de gezondheidszorg?

X.B. - Het grote gevaar is dat alles nog ingewikkelder zal worden. Het gezondheidsbeheer is namelijk nu al opgesplitst met niet minder dan 8 bevoegde ministers. Door de zesde staatshervorming zal die administratieve en institutionele versnippering enkel maar groter worden. Hoe gaan wij de verschillen tussen al die stelsels voor geneeskundige verzorging aanpakken? De problemen zijn

namelijk legio: wat met de toegang tot de zorg in de verschillende gewesten, met de verschillen tussen de stelsels en met de gelijkheid tussen personen en gewesten? Waarden als billijkheid en toegankelijkheid worden bedreigd. Wat garandeert ons dat die waarden gevrijwaard zullen blijven? Als het stelsel verschilt, dan zal overigens ook de planning verschillend zijn. Het gevaar is niet denkbeeldig dat de patiënten zullen gaan shoppen in een ander gewest. Hoe gaan we dat beheersen?

En dan hebben we het nog niet gehad over het financiële luik...

X.B. - De verschillen dreigen nog erger te worden door het feit dat de overgedragen financiële middelen (en zeker die voor de ouderenzorg) niet volstaan om te beantwoorden aan de noden. Men zal het geld dus moeten gaan halen bij de deelstaten. Een ander ongewenst effect is dat men elkaar zal gaan beconcurreren om verzorgend personeel aan te trekken. Het is nu al geen sinecure om artsen en verpleegkundigen te vinden.

Het dreigt alle kanten uit te gaan met de barema's en de arbeidsomstandigheden. Dat is echt een heikel punt: in Brussel zou men bijvoorbeeld voor de rusthuizen drie verschillende regelingen kunnen krijgen.

De weinig coherente splitsing van de bevoegdheden zorgt nog voor een ander risico, dat van de substitutie: eenzelfde pathologie kan ten laste genomen worden door zorgcircuits die beheerd worden door het federale niveau of door de deelstaat. Dit kan leiden tot een gezondheidsbeleid, gericht op zorgcircuits die gefinancierd worden door het andere niveau, én tot het doorschuiven van de hete aardappel (de kosten) van het ene niveau naar het andere. Hét grote risico is dus dat de boel finaal in de soep zal draaien en dat men dat als argument zal gebruiken om nog meer bevoegdheden over te dragen!

Denkt u dat de hervorming desondanks ook kansen biedt?

X.B. - We moeten alleszins de moeite doen om die intellectuele

oefening te maken. Persoonlijk heb ik op het eerste gezicht niet de indruk dat deze staatshervorming veel hefboomen bevat voor een globale verbetering van het systeem. Het moet wel mogelijk zijn om de schade te beperken. Zo denk ik bijvoorbeeld dat we nu iets kunnen doen aan ons overlegmodel. Op het federale niveau vindt men dat dit model zijn limieten heeft bereikt en dat het toe is aan een modernisering. Dat is trouwens één van de doelstellingen van de commissie artsen-ziekenfondsen. Aangezien we allicht zullen evolueren naar een overlegstelsel op het niveau van de deelstaten, zouden we die kans moeten aangrijpen om zaken te verbeteren. Het heeft geen zin om het bestaande systeem klakkeloos te kopiëren. We kunnen ons beter baseren op die punten die wel goed werken, en de minpunten weglaten.

En wat met Brussel?

X.B. - Brussel heeft nood aan een institutionele en administratieve vereenvoudiging. De staatshervorming houdt daar helemaal geen rekening mee en dat is duidelijk een gemiste kans. Aangezien het gros van de

overgedragen bevoegdheden persoonsgebonden aangelegenheden zijn, zouden de nieuwe bevoegdheden logischerwijze naar de GGC (Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) moeten gaan. Men zou die redenering nog verder moeten doordrijven door de GGC te fusioneren met het Brussels gewest, zodat Brussel dezelfde budgettaire en fiscale instrumenten kan genieten als de andere gewesten. Zonder een institutionele hervorming in Brussel dreigt de Brusselse bevolking namelijk opgezadeld te worden met een gezondheidsbeleid dat minder doeltreffend is dan in de andere gewesten. De hoofdstad is en blijft dus een groot vraagteken.

Welke rol moeten de ziekenfondsen spelen?

X.B. - Net zoals de andere actoren van het systeem, moeten de ziekenfondsen geresponsabiliseerd worden en ik denk dat zij in het kader van de regionalisering op tal van punten een meerwaarde kunnen bieden voor de overheden. Door deel te nemen aan de verschillende overlegniveaus, kunnen de ziekenfondsen ijveren voor coherente beslissingen binnen

de verschillende entiteiten. Het krioelt bij de deelstaten overigens ook niet van de personen die veel afweten van gezondheidsbeheer. De knowhow van de ziekenfondsen zal dus zeker nuttig zijn. De ziekenfondsen zijn tot slot ook een onontbeerlijke schakel tussen de burger en de administratieve en institutionele complexiteit: zij moeten ervoor zorgen dat de mensen begrijpen wat er gebeurt, dat de uitwisseling vlot verloopt. Ze moeten in zekere zin optreden als uniek loket voor zowel de gewestelijke als de federale gezondheidsaangelegenheden. De ziekenfondsen kennen het veld en beschikken over een netwerk. De overheden en de ziekenfondsen zelf kunnen dus voortbouwen op de bestaande administratieve circuits. Het zou een horrorscenario zijn, als elke administratie zou beslissen om het wiel opnieuw uit te vinden! Er zijn volgens mij veel argumenten voor een grotere rol van de ziekenfondsen als actoren van de overgedragen materies en van die op gezondheidsgebied in het algemeen. Ik hoop dat men zijn gezond verstand zal gebruiken!



Stéphanie Brisson

“We zwemmen tegen de stroom in”

Volgens Xavier Brenez is ons zorgmodel op een kruispunt gekomen en moet het belangrijke keuzes maken om zijn waarden en doeltreffendheid te vrijwaren. “Het moet evolueren van een klassieke acute, reagerende en geïsoleerde geneeskunde naar een preventieve, multidisciplinaire, proactieve en geplande aanpak, om beter te beantwoorden aan 3 grote uitdagingen: de toegang tot de nieuwe medische technieken, het beheer van de chronische ziektes en de ontwikkeling van oplossingen voor de afhankelijkheid binnen een vergrijzende maatschappij. Er moet heel veel veranderen: de rol van de actoren, de transversale aanpak, de informatica, de financiering ... Het spook van de vergrijzing doemt op en we hebben nog geen oplossingen

voor de residenties, de intrafamiliale solidariteit, de chronische ziektes en de comorbiditeit. Een andere heikele vraag is hoe we de toegankelijkheid van innovaties kunnen verzoenen met beslissingsmechanismen om enkel die innovaties te kiezen met een reële therapeutische meerwaarde? Het is duidelijk dat de kosten in de gezondheidszorg vooral de pan uit swingen door al die nieuwigheden en wij gaan nu jarenlang onze energie steken in het lijmen van de gebroken potten van de staatshervorming, terwijl de echte problemen niet aangepakt worden. We roeien tegen de stroom in, want er wordt gesnoeid in de instrumenten en mechanismen voor een geïntegreerd stelsel van de gezondheidszorg.”

Overdracht van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg

Welke risico's en kansen in het veld?

De 6^e Staatshervorming en de overdracht van een groot aantal bevoegdheden inzake gezondheidszorg roepen bij de betrokken actoren heel wat vragen en bedenkingen op. Ze volgen de debatten dan ook allemaal met argusogen en pleiten bij de overheid om de bestendinging van de zorg te garanderen. Health Forum ging bij verschillende actoren te rade en vroeg hen naar de risico's en kansen die deze hervorming biedt.



Salvatore Tona

vice-voorzitter van de Federatie van de psycho-socio-therapeutische structuren

“Bang om de eigenheid van de zorg te verliezen”

Waarover maakt u zich het meeste zorgen voor de sector van de revalidatie op vlak van geestelijke gezondheid?

Historisch gezien neemt onze sector een positie in tussen ambulante verzorging en een ziekenhuis-opname. De zorgformule die we aanbieden is dus vrij uniek, aangezien we verzorging integreren in het dagelijkse leven. Deze tussenpositie zal moeilijk te behouden zijn. We vrezen dan ook dat de voorkeur gegeven zal worden aan een duidelijke structuur, die op administratief vlak gemakkelijk te beheren valt.

Wat is volgens u het grootste risico van de overdracht van de bevoegdheden voor uw sector in het bijzonder?

Onze sector is heel specifiek en werkt met therapeutische activiteiten die in de loop der tijd zijn gegroeid op basis van de vraag en in functie van configuraties of opgebouwde netwerken. Het gaat om verzorging op maat. Elke instelling heeft zo haar eigen RIZIV-overeenkomst. Al deze overeenkomsten hebben natuurlijk wel wat gemeen, maar ze blijven uniek. De sectoren met overeenkomsten houden zich aan drie principes: vrij verkeer en vrije keuze van de patiënt, financiering van de verzorging via de patiënt (en niet via een 'subsidie' die

rechtstreeks aan de instelling toegekend zou worden). Het risico van de regionalisering is dat deze eigenheid overboord wordt gegooid en de zorg beheerd zou worden door een of andere bestaande administratie die deze eigenheid in een keurslijf zal proberen te gieten. Het grootste risico is volgens ons dus dat de revalidatie op vlak van geestelijke gezondheid haar eigenheid zou verliezen.

Hoe kunnen we de impact van de overdracht van de bevoegdheden beperken?

We zouden graag een oplossing naar voor schuiven waarbij we aan het RIZIV vragen om deze materies door te schuiven. We beseffen dat het moeilijk is om op zo'n korte tijd een soort van lokale RIZIV's op te richten die een klein aantal materies zouden beheren en waarbinnen een volledig nieuwe overlegdynamiek zou kunnen ontstaan. Met deze onderaanbesteding zouden we wel tijd kunnen winnen om een volledige overdracht voor te bereiden of zouden we een overgangsperiode kunnen inluiden naar een andere werking. Het grote voordeel is dat op die manier de bestaande structuren en expertise behouden kunnen blijven en we zouden zo veel energie, tijd en geld kunnen uitsparen, terwijl volop gebruik wordt gemaakt van de aanwezige knowhow.

“Basisprincipes voor een ‘zorgzaam Vlaanderen’ vastleggen”



Peter Degadt

Gedelegeerd bestuurder

Zorgnet Vlaanderen

Wat zijn de grote uitdagingen bij deze regionalisering?

Allereerst is het belangrijk dat we bij het uitstippelen van een Vlaams zorgbeleid uitgaan van de maatschappelijke uitdagingen. De vergrijzing, de evolutie van medische kennis, het inzetten op zorgcircuits en netwerken ...: het zijn allemaal zaken om rekening mee te houden. Daarnaast moet Vlaanderen een charter uitvaardigen waarin de basisprincipes voor een ‘zorgzaam Vlaanderen’ geformuleerd staan. Zorgnet Vlaanderen gaat daarbij uit van begrippen als universaliteit, kwaliteit en performantie, toegankelijkheid, een participatieve structuur enz.

Is de overheveling van bevoegdheden inzake gezondheidszorg een goede zaak?

Tot op zekere hoogte wel. Dat Vlaanderen verant-

woordelijk wordt voor het volledige beleid rond ouderenzorg kunnen we enkel toejuichen. Ook voor de ziekenhuizen is de 6^e Staatshervorming een positief verhaal. Gezien de onstuitbare vergrijzing en de explosie van het aantal chronisch zieken is een goede samenwerking tussen de ziekenhuizen en de eerste lijn namelijk belangrijker dan ooit.

Wat is volgens u het addertje onder het gras?

Het voornaamste gevaar schuilt in de financiële gevolgen van de overheveling van de bevoegdheden. De middelen zullen namelijk beperkt zijn. Maar goed, ook op federaal vlak botsen we op budgettaire limieten. De financieringsafspraken in de 6^e Staatshervorming zullen de Vlaamse regering in elk geval nopen tot het maken van keuzes.



Maaïke Van Overloop

Voorzitter Domus Medica

Wat is het grootste voordeel van de 6^e Staatshervorming voor de huisartsen?

Deze 6^e Staatshervorming betekent een hele grote stap in de richting van een eerste lijn die zich onafhankelijk kan opstellen van de tweede lijn. Heel wat bevoegdheden aangaande de huisartsen en huisartsenkringen worden namelijk overgeheveld naar de Gemeenschappen, waardoor hun invulling niet langer bepaald wordt in de Medicomut. Zo komen structuren als de Lokale Multidisciplinaire Netwerken (LMN's) onder de bevoegdheid van Vlaanderen.

Is er ook een keerzijde aan die medaille?

Toch wel. In het enthousiasme om het zorglandschap in Vlaanderen en Brussel te hertekenen, schuilt namelijk het gevaar dat we te veel tegelijkertijd willen veranderen. Zo blijft de lokale aansturing en invulling van de LMN's belangrijk en kunnen we deze dus niet

verplaatsen naar een hoger bestuursniveau. Daardoor zou een kloof ontstaan tussen de noden in het veld en de aangereikte oplossingen.

Is dat het enige risico van de regionalisering?

Nee, er is voor de huisartsen een bijkomend groot probleem in deze staatshervorming. Zowel de financiering van de erelonen als de wachtdienstorganisatie binnen de huisartsenkringen blijven een federale bevoegdheid. Hierdoor kan de inhoudelijke sturing door de gemeenschap haaks staan op het financieringsmodel of kringorganisatiemodel van de federale overheid. Een optimale communicatie tussen enerzijds beide overheden en anderzijds de beroepsgroep van huisartsen en huisartsenkringen is dan ook een absolute voorwaarde om de bewegingen in het zorglandschap zo vlot mogelijk te laten verlopen.



Renaud Witmeur

Voormalig kabinetschef van minister Demotte

“ Het voortbestaan en de leefbaarheid van het gezondheidssysteem verzekeren ”

Welke uitdagingen moet de overheid de komende jaren aangaan op vlak van gezondheidszorg?

Wallonië moet het voortbestaan en de leefbaarheid van het gezondheidssysteem verzekeren. Wat zoveel betekent als een gezondheidssysteem garanderen dat efficiënt, innoverend én rechtvaardig is. Daarnaast zijn er nog een aantal sterke tendensen die grote gevolgen zullen hebben voor ons gezondheidssysteem: de toename van het aantal chronische ziektes, de vooruitgang op vlak van technologie en behandelingen, de vergrijzing van de bevolking, de internationalisering van de zorg, de toenemende verwachtingen van de patiënten...

Wat zijn de risico's van de overdracht van de bevoegdheden inzake gezondheidszorg?

Hoe meer actoren, hoe complexer het parcours en hoe zwaarder de procedures. De verschillende operatoren zullen ook gecoördineerd moeten worden om ervoor te zorgen dat de burger die complexiteit zo weinig mogelijk voelt. Defederalisering, dat is ook het vooruitzicht van een zorgaanbod, van prijzen en toegankelijkheid die zullen verschillen naargelang de entiteit. Ook de kwestie van de financiering zal bij deze beweging centraal staan. Er moeten nog heel wat zaken opgehelderd worden, zowel de budgettaire modaliteiten van de overdracht als de hervorming van de bijzondere financieringswet. Het risico bestaat ook dat de entiteiten, die vanaf nu verantwoordelijk zijn voor de bijbehorende prestaties, de rechthebbenden naar elkaar zullen proberen door te schuiven. En hoe zal de 'maximumfactuur' aangepakt worden, aangezien er prestaties zijn die vanaf nu zowel federaal als regionaal gefinancierd zullen worden?

Biedt deze overdracht ook kansen?

We moeten deze overdracht beschouwen als een kans om met een schone lei te beginnen, met een gemoderniseerd beheer en een aanpak die coherenter is voor de verschillende materies. Een grote verandering is daarnaast ook de ideale gelegenheid voor een grootscheepse rationalisatiebeweging. In gewone tijden kan dit niet, want dan zijn de behoudsgezinde reflexen sterker.

Vincent Frédéricq

Secretaris-generaal

Federatie van Private Rusthuizen

“ Enorme begrotingsuitdaging! ”

Hoe staat u tegenover deze hervorming?

Eén ding is zeker, deze staatshervorming zal meer problemen dan mogelijkheden opleveren! Bij de politieke beslissing om de bevoegdheden inzake gezondheidszorg te regionaliseren werd duidelijk de vergrijzing van de bevolking over het hoofd gezien. Daarnaast botst deze 6^e Staatshervorming nog op een tweede obstakel: de context van de economische en budgettaire crisis. De nood aan langdurige verzorging en huisvesting zal in de deelstaten alleen maar toenemen, met alle onderling verschillende scenario's van dien.

Wat is, voor uw sector, het grootste risico van de overdracht van de bevoegdheden?

We lopen het risico van een interne herverdeling binnen de deelstaten. Als verdeelcriterium werd gekozen om rekening te houden met de bevolking van 80 jaar of ouder. Op het moment van de effectieve opsplitsing zullen bepaalde deelstaten namelijk starten met een potentieel financieel verlies. Om de vergrijzing het hoofd te kunnen bieden, zal elke deelstaat, ten koste van zijn eigen budget, bijkomende uitgaven moeten doen die hoger liggen dan de ontvangen dotaties. Een zware begrotingsuitdaging dus! Een ander risico waarover nauwelijks wordt gesproken, is dat de opsplitsing van de financiering van de zorg ook zal zorgen voor een opsplitsing van de paritaire comités. Een deelstaat met meer middelen zal de lonen van zijn personeel kunnen verhogen, terwijl Brussel, dat geen fiscale autonomie geniet, geen cent extra zal kunnen besteden aan zijn gezondheidsperoneel.

Heeft de overdracht van bevoegdheden dan geen enkel voordeel?

Als er al kansen zijn, liggen die vooral op het vlak van de creatie van werkgelegenheid. De sector van de ouderenzorg zorgt voor stabiele en duurzame jobs, die niet uitbesteed kunnen worden. De situatie biedt de mogelijkheid om besparingen te doen door zich vragen te stellen over de kwalitatieve omkadering van verzorgingspersoneel.

Recentralisering: een nieuwe trend?

België is volop bezig met de overheveling van een pak bevoegdheden naar het regionale niveau, ook in de gezondheidszorg. Maar terwijl wij aan het decentraliseren slaan, is men in Scandinavië al enkele jaren de klok aan het terugdraaien door bevoegdheden opnieuw te centraliseren. Staat ons hetzelfde scenario te wachten binnen enkele jaren?

Vele landen hebben in het verleden een decentralisatie van bevoegdheden doorgevoerd, maar in het hoge Noorden is men sinds enkele jaren het roer aan het omgooien. De politieke en fiscale besluitvorming verschuift weer naar het niveau van de nationale overheid, terwijl het beheer van het gezondheidssysteem op regionaal of lokaal niveau blijft. Zowel Denemarken, Finland als Zweden hebben de afgelopen jaren dergelijke ingrijpende veranderingen doorgevoerd.

Zo voerde Denemarken in 2006 grote hervormingen door waarmee het land een betere planning, kwaliteitscontrole en coördinatie beoogde. Bevoegdheden inzake gezondheidszorg verhuisden opnieuw naar het nationale niveau terwijl de bevoegdheden van een ingeperkt aantal regionale overheden beperkt werd tot het beheer van de ziekenhuizen. De gemeenten kregen de verantwoordelijkheden inzake preventie en chronische aandoeningen en stonden voor 20% in voor de financiering.

Redenen tot recentralisering

Scandinavië is geen uitzondering. Vele landen hebben hun bevoegdheden inzake gezondheid al gedefederaliseerd. Maar waarom beslissen ze om opnieuw de bevoegdheden op het centrale niveau onder te brengen? De redenen zijn vaak een combinatie van volgende elementen:

- **Structureel:** het centrale niveau zal beter het hoofd kunnen bieden aan de uitdagingen van de vergrijzing, de nieuwe dure technologieën, de financiële beperkingen in de gezondheidssector ...
- **Administratief:** decentralisering kan soms leiden tot een verschillend aanbod qua gezondheidsdiensten in de regio's en tot verschillende gezondheidsprofielen van de lokale bevolking. Men stelt zich dus vragen over het verschil in rechten tussen burgers van een zelfde land.

- **Economisch:** de regionale of lokale financiële basis kan onvoldoende zijn en de regionale of lokale administratie kan inefficiënt of overlappend werken.
- **Politiek:** de nationale politici krijgen het gevoel dat zij de schuld krijgen van falende gezondheidssystemen op regionaal niveau, waardoor ze beslissen om het laken weer naar zich toe te trekken.
- **Technologisch:** de informatisering van de gezondheidszorg (bv. het elektronisch medisch dossier) maakt het makkelijker om het gezondheidssysteem op een centraal niveau te monitoren.

Toekomst

Sommige experts voorspellen vandaag een tendens tot recentralisering van bevoegdheden inzake gezondheidszorg. Nationale overheden zouden meer controle willen over de gezondheidssystemen wat betreft financiering en kwaliteit. Financiële duurzaamheid en een grotere billijkheid tussen de burgers zijn daarbij belangrijke drijfveren.

Kan België hier lessen uit trekken? Zal men binnen enkele jaren beslissen om bevoegdheden in de gezondheidszorg opnieuw te federaliseren omdat de verschillen tussen de regio's te groot worden voor de burgers of omdat men streeft naar een efficiëntere aanpak van de grote uitdagingen in ons gezondheidssysteem?

Onderzoekers hebben alleszins nooit overtuigende bewijzen gevonden die in het voordeel/nadeel van decentralisatie/centralisatie pleiten. Wel stelden ze vast dat vaak te snel beslist wordt om de verdeling van bevoegdheden te herzien zonder de werkelijke oorzaken van bestaande problemen of het resultaat van genomen beleidsopties te onderzoeken. Maar er bestaat dus geen unieke mirakeloplossing die voor elk land kan gelden.

Er bestaat geen unieke mirakeloplossing die voor elk land kan gelden.

Christian Horemans,
Expert Internationale Zaken

Mantelzorgers: een eerste stap in de richting van erkenning

Deze lente werd een voorontwerp van wet over de erkenning van de mantelzorg goedgekeurd. De bedoeling van deze tekst is om het begrip 'mantelzorg' te definiëren en de personen te identificeren die deel uitmaken van deze doelgroep. Luc Detavernier, expert van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, geeft meer uitleg.

Wat is volgens u de voornaamste bijdrage van het voorontwerp van wet?



Luc Detavernier

Luc Detavernier - Het voorontwerp is op federaal niveau een belangrijke stap in de richting van de wettelijke erkenning van de mantelzorg. Deze tekst is uitgebreid geïnspireerd op de werkzaamheden van het 'platform mantelzorg', de verzamelnaam voor alle verenigingen en ziekenfondsbewegingen rond mantelzorg. Dit platform ijvert al lang voor de erkenning van de plaats

die de mantelzorg, naast de zorgprofessionals, inneemt in het zorgparcours van de hulpbehoevende. Het is belangrijk dat de maatschappelijke rol van de mantelzorg naar waarde geschat kan worden: niet alleen de tijd die een persoon op een bepaald moment in zijn (professionele) leven aan een hulpbehoevende wijdt, maar ook de economische waarde ervan. Veel mensen blijven mantelzorg nog altijd zien als een gratis daad van naastenliefde. Natuurlijk doen ze dit vrijwillig en is er niemand die hen verplicht om iemand zo intensief bij te staan, maar dat wil niet zeggen dat ze voor hun toewijding geen waardering verdienen binnen de maatschappij.

Het concept van mantelzorg definiëren blijkt niet gemakkelijk...

L.D. - Ja, het is logisch dat de rol van mantelzorg onlosmakelijk verbonden is met het feit dat iemand hulpbehoevend is. Bij het opstellen van een definitie loop je dan ook altijd het risico om iemand te vergeten. Het sleutelbegrip is 'grote zorgafhankelijkheid' en het gaat om bijstand aan oudere personen, personen met een handicap of met geestelijke problemen: alle bestaande problematieken moeten transversaal aangepakt worden. In het voorontwerp wordt een mantelzorg omschreven als iemand die doorlopend en

regelmatig hulp en bijstand verleent aan een naaste. Hij verleent deze bijstand op niet-professionele wijze en geheel gratis. Een naaste is volgens de tekst een verwante tot de vierde graad of iemand waarmee de hulpbehoevende een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd. Om van mantelzorg te kunnen spreken, moet de tijdsinvestering bovendien gemiddeld 20 uur per week zijn. Het zijn uiteraard nog maar richtlijnen die nog verfijnd moeten worden, maar de eerste stappen in de goede richting zijn gezet.

Wat zullen de gevolgen zijn van deze erkenning van de mantelzorg?

L.D. - Dat is nog te vroeg om te zeggen. De huidige tekst van het voorontwerp van wet heeft voorlopig nog geen budgettaire impact. We komen nog niets te weten over de eventuele rechten en voordelen van de mantelzorgers. Met deze erkenning bevinden we ons wel op een keerpunt. De bedoeling van de erkenning is natuurlijk ook om de mantelzorg te beschermen, zodat hij zo lang mogelijk mantelzorg kan blijven. Preventieve ondersteuning bieden is dan ook vanzelfsprekend om te zorgen dat hij niet oververmoeid of depressief geraakt en zelf hulp nodig heeft.

Hoe kunnen we de mantelzorgers zo goed mogelijk ondersteunen?

L.D. - Een van de sleutels tot succes is het op elkaar afstemmen van de federale en regionale initiatieven. In de deelstaten zijn er al belangrijke stappen gezet in het kader van de ondersteuning van de mantelzorgers. Om diensten en ondersteuningsmaatregelen te kunnen ontwikkelen, is een goede organisatie belangrijk. Op politiek niveau komt het begrip 'mantelzorg' vaak ter sprake. Het is dus wel degelijk een belangrijk agendapunt, maar het moet nog vertaald worden in concrete acties binnen de maatschappij en de professionele netwerken. Zo heeft men het in de context van het gedeelde medisch dossier of bij eHealth steeds

over het 'professionele netwerk', maar welke plaats neemt de mantelzorger daarbij in? Uiteraard zal hij de gezondheidsprofessional nooit vervangen, maar hij is wel een ontegensprekelijke partner op vlak van verzorging en hulp. Daarnaast zouden er ook formules ontwikkeld moeten worden, waarbinnen de mantelzorger tijd en ruimte krijgt om tot rust te komen. Dat bestaat bij ons nog veel te weinig. We zouden ons hiervoor kunnen inspireren op andere Europese modellen, zoals dat van Duitsland, waar ze op dat vlak al een heel pak verder staan.

Wat is het standpunt van de Onafhankelijke Ziekenfondsen hierover?

L.D. - De Onafhankelijke Ziekenfondsen hebben al veel tijd en energie gestoken in het 'platform mantelzorg'. Het lijkt ons een interessantere aanpak dan individueel te werk te gaan. We waren er dan ook als de kippen bij om de erkenning van de mantelzorger te ondersteunen. Ik denk dat het als ziekenfonds onze rol is om het leven van de mantelzorgers gemakkelijker te maken en hen zichtbaarheid te geven. Het is ook een thema dat volgens ons binnen het gezondheidsdomein moet blijven.

Concreet moeten de ziekenfondsen ...

L.D. - ... zowel een rol spelen bij de eerste lijn, voor de preventie en de erkenning, als bij het verloop van de erkenningsprocedure. Ook op vlak van evaluatie kunnen ze hun steentje bijdragen, bv. via de adviserend geneesheren. We zijn er ook van overtuigd dat de toenadering tussen de zorgprofessionals, hulpbehoevenden en mantelzorgers versterkt moet worden,

bv. door de rol van de huisarts binnen dit proces te vergroten. Tenslotte is hij degene die een zicht heeft op de situatie en contact kan hebben met de mantelzorger, de tweedelijnspecialist en de familie- of gezinshulp. De band tussen de verschillende actoren moet versterkt worden, in nauwe samenwerking met de coördinatiecentra voor thuiszorg. De maatschappelijke diensten van de ziekenfondsen zouden de rol van opvang en opvolging van de mantelzorgers op zich kunnen nemen. Nu er voor mantelzorgers nog geen wettelijke omkadering bestaat, is het onze taak om hen te helpen om bepaalde stappen te ondernemen, het publiek te sensibiliseren en het onderwerp bespreekbaar maken.

Wat kunnen de ziekenfondsen, naast sensibilisering, doen om de mantelzorgers te ondersteunen?

L.D. - De ziekenfondsen zouden nog meer inspanningen kunnen leveren door opvangformules te ontwikkelen, door bepaalde diensten en prestaties te ondersteunen en terug te betalen, door praatgroepen op te richten en door specifieke verblijven te organiseren voor mantelzorgers. Zo zijn we momenteel aan het brainstormen over een ontspanningsweek, speciaal voor de mantelzorger en zijn zieke naaste. Een mantelzorger zal niet snel zijn noden uitdrukken. Het is aan ons om een klimaat te creëren waarbinnen hij wel zijn mening durft te geven. Op lange termijn zou het misschien ook interessant zijn om opleidingen te creëren voor toekomstige mantelzorgers. Vroeg of laat komen we er waarschijnlijk allemaal wel mee in aanraking.



Stéphanie Brisson

stephanie.brisson@mloz.be

Elders in Europa

9,6 miljoen Europeanen wijden minstens 35 uur per week aan de verzorging van een zieke naaste. Uit een onderzoek van de OESO blijkt dat de economische bijdrage van de mantelzorger tussen de 20,1 en 36,8% van het Europese BBP uitmaakt. Een kort overzicht van enkele maatregelen waar ons land inspiratie uit zou kunnen putten:

- In Oostenrijk is het mogelijk om je werkrooster aan te passen of verlof te nemen voor een periode van 24 maanden om voor een stervende patiënt of een ernstig ziek kind te zorgen.
- Op vlak van opvangdiensten voor mantelzorgers springen de volgende landen eruit: Oostenrijk en Duitsland bieden een specifieke prestatie aan van maximaal 4 weken, Luxemburg van 3 weken.
- Voor de permanente verzorging van een naaste biedt Finland de mantelzorger een pauze van 3 dagen per maand aan.
- Zweden doet heel wat inspanningen om de dialoog tussen de medisch-sociale sector en de gezinsomgeving mogelijk te maken.
- In Ierland bestaat er een volledig netwerk van instellingen die opleidingen van 13 modules aanbieden rond thuiszorg: 'caring in the home'.
- In Nederland werd een preventieve aanpak 'ondersteuning mantelzorgers' opgericht: maatschappelijk werkers gaan langs bij de mantelzorger thuis en volgen hun situatie om de 3 maanden telefonisch op.
- In Duitsland heeft elke mantelzorger recht op individuele psychologische bijstand.



Dokters van de Wereld

Overal ter wereld... dus ook bij ons!

De ontwikkelingsorganisatie Dokters van de Wereld België heeft projecten lopen over heel de wereld: in de Democratische Republiek Congo, Mali, Haïti, Tunesië, Burkina Faso ... Dat ze ook in België actief zijn, is echter minder bekend. Elke dag verleent de organisatie medische hulp aan kwetsbare personen die moeilijkheden ondervinden om zich te laten verzorgen!

Brussel. Een klein straatje in het centrum. Een COZO... een centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie. In deze centra kan iedereen terecht die problemen ondervindt met de toegang tot gezondheidszorg. Of het nu gaat om Belgen in preciaire omstandigheden, Europeanen zonder geldige ziekteverzekering, asielzoekers, daklozen of mensen zonder papieren... iedereen is welkom op de vrije raadplegingen.

Toegang tot verzorging voor iedereen

"De werking van de COZO's is gebaseerd op naadloze zorg. Een COZO begeleidt mensen bij het verwerven van hun recht op en de toegang tot geneeskundige verzorging. Dat kan bijvoorbeeld dankzij de hulp van het ziekenfonds of aan de hand van de juiste papieren...", vertelt Stéphane Heymans, verantwoordelijke voor de Belgische projecten. "De patiënt wordt in eerste instantie opgevangen door een maatschappelijk werker, die zijn administratief profiel opmaakt. Elk profiel geeft namelijk toegang tot verschillende verzorging. Daarna gaat hij pas langs bij een arts en eventueel bij een

psycholoog. Het is steeds de bedoeling om de begeleiding zo kort mogelijk te houden en de persoon zo snel mogelijk door te verwijzen naar de wijkgezondheidscentra of de huisarts."

Het is niet de bedoeling om de klassieke zorgstructuren te vervangen, maar om de patiënten te informeren over hun rechten en plichten, hen te helpen om hun rechten zelfstandig te laten gelden en hen bij hun stappen te begeleiden. Van zodra het mogelijk is, worden ze doorverwezen naar de meest aangepaste gezondheidsstructuur. "60% van onze patiënten komt (dankzij het ziekenfonds of door een verblijfsvergunning) opnieuw in het reguliere circuit terecht. Aan de hand van onze uitleg en de inspanningen van de maatschappelijke werkers, maken we ze opnieuw wegwijs in de wereld van de verschillende zorgsystemen. Vier à vijf jaar geleden was dat nog 70%, maar het begeleiden is er alleen maar ingewikkelder op geworden en de uitkomst onzekerder."

Jaarlijks helpt het COZO in Brussel meer dan 1.800 patiënten. Daarnaast bestaat er ook een centrum in Antwerpen en sinds kort ook een in La Louvière. In totaal goed

voor meer dan 18.500 medische en sociale raadplegingen.

Niets dan vrijwilligers!

Naast eerstelijns geneeskunde is de Belgische tak van Dokters van de Wereld ook bekend voor zijn uitgebreide netwerk van vrijwilligers. Meer dan 300 gezondheidsprofessionals, waaronder verpleegkundigen, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers en onthaalpersoneel, zetten zich vrijwillig in voor de organisatie. Dokters van de Wereld is dan ook ontstaan uit vrijwilligers. "Het was van bij het begin de bedoeling om gezondheidsprofessionals te motiveren om wat van hun tijd op te offeren voor wie geen recht op verzorging geniet en om zich in te zetten voor een betere toegang tot de verzorging in België."

Meer dan 80 huisartsen maken minstens een keer om de veertien dagen tijd vrij voor de organisatie. In de winter gaat een speciale eenheid van 150 vrijwillige verpleegkundigen dagelijks op pad en om de twee dagen gaat er een arts mee.

"We werken ook met professionals van buiten de gezondheidssector, zoals bijvoorbeeld opvangcentra

en de SAMU Social waar er drie keer per week 's avonds raadplegingen zijn.”

Tweedelijnsverzorging

De tweedelijnsverzorging zijn de specialisten. “In Brussel werken we in het Baron Lambertziekenhuis samen met een vijftiental vrijwillige specialisten. In Antwerpen stelt het christelijke netwerk binnen het klassieke systeem een aantal plaatsen ter beschikking. Dit systeem werd ingevoerd voor personen die ofwel geen toegang hebben tot de verzorging ofwel voor wie dat nog even zal duren.” “Voor de zware gevallen, gaan we naar de spoeddienst. Naar het Sint-Pietersziekenhuis, maar ook naar dat van Bordet voor kanker of naar het Sint-Jans- en Brugmannziekenhuis. Nu de toegang tot verzorging in België verslechtert, zijn de ziekenhuizen wel een

pak voorzichtiger geworden met patiënten die nog geen sociale verzekering genieten.”

Enkele projecten

Een project dat de organisatie na aan het hart ligt is ‘vrouw-kind’. Stéphane Heymans legt uit waar dat idee vandaan komt: “Na een onderzoek kwamen we tot de vaststelling dat heel wat vrouwen en kinderen uitgesloten zijn uit het systeem of in preciaire omstandigheden leven. Vandaar dat we gestart zijn met specifieke sensibiliserings- en preventiesessies op plaatsen waar veel vrouwen in armoede leven. In het COZO is er ook een speciale raadpleging ‘vrouw-kind’. De raadplegingen bij Kind en Gezin mogen dan gratis zijn, technieken als echografieën en bloedafnames zijn dat niet. Daar hangt altijd een prijskaartje aan vast. Gezinsplanning is niet

gratis en een bezoek aan de huisarts al evenmin.

Dit jaar gaat er nog een ander project van start: de organisatie van mobiele raadplegingen in een bus in Brussel. In deze bus kunnen personen zonder vaste woonplaats terecht voor ‘kleine noodgevallen’. “Dit project zouden we graag uitbreiden naar Wallonië en Oostende”, klinkt het bij Stéphane.

Dokters van de Wereld België, dat voor een groot deel gesubsidieerd wordt door het RIZIV en door privégiften, maar ook door de POD Maatschappelijke Integratie en in mindere mate de gewesten, overstijgt het louter medische. Ze zorgen er ook voor dat de meeste patiënten hun plek in de maatschappij terugvinden.



Pascale Janssens

pascale.janssens@mloz.be

Getuigenis

Paul M., vrijwillige arts

Ik ben ervan geschrokken hoe jong veel patiënten zijn

Waarom hebt u beslist om u in te zetten voor Dokters van de Wereld?

Het grootste deel van mijn leven heb ik als huisarts gewerkt in mijn kabinet. Op 72-jarige leeftijd besloot ik om met pensioen te gaan, maar ik had nog zin om mijn medische kennis met anderen te delen. Toen ik de oproep voor vrijwilligers van Dokters van de Wereld las, heb ik dan ook geen seconde getwijfeld. Ondertussen hou ik twee keer per maand medische raadplegingen in het COZO in Brussel.

Verschillen de patiënten die u ontmoet erg van de patiënten die u vroeger kende?

In mijn kabinet op het platteland waren veel van mijn patiënten samen met mij ouder geworden. Ik ben dan ook erg geschrokken van de leeftijd van de mensen die op raadpleging komen bij Dokters van de wereld. De gemiddelde leeftijd is ongeveer 30 jaar. De patiënten die ik in mijn kabinet over de vloer kreeg, betaalden hun medische raadpleging. Het ging om een uitwisseling van diensten. Vandaag ontvang ik mijn patiënten gratis en is de erkenning die ik van

hen krijg opmerkelijk.

Welke ziektes komt u het meest tegen?

De patiënten lijden vaak aan ondervoeding of ziektes die gepaard gaan met onderkoeling zoals infecties aan de luchtwegen of longinfecties. Ook huidziektes of hepatitis komen vaak voor. Op psychologisch vlak hebben ze het ook dikwijls zwaar te verduren en velen onder hen vechten dan ook tegen een depressie.

Keren uw patiënten vaak terug naar een klassiek systeem van sociale dekking?

Dat merk ik voornamelijk bij de patiënten die ik in het COZO ontmoet. Deze raadplegingen zijn stabiel en de patiënten worden goed omkaderd, zodat hun reïntegratie in het gebruikelijke gezondheidssysteem vlotter verloopt. De raadplegingen die georganiseerd worden in het kader van het Winterplan lijken meer op een spoeddienst en voor deze patiënten is het dan ook minder waarschijnlijk dat ze opnieuw in het klassieke systeem van de sociale dekking opgenomen zullen worden.

2013: Europees Jaar van de Lucht

Strengere regels voor een betere gezondheid

Elk jaar sterven er een half miljoen Europeanen door luchtvervuiling. Om de aandacht te vestigen op het belang van een goede luchtkwaliteit, heeft Europa 2013 uitgeroepen tot het 'Jaar van de Lucht'. Niets te vroeg, want de gezondheidskosten worden ondertussen al geschat op zo'n 43 miljard euro per jaar. Wat moet er veranderen zodat onze gezondheid voldoende beschermd is?

De Europeanen vinden dat het de afgelopen tien jaar van kwaad naar erger gaat met onze luchtkwaliteit, zo blijkt uit een enquête van Eurostat van september 2012. Ze pleiten dan ook voor een strengere wetgeving en hernieuwbare energie als prioriteit. De Belgen zijn over het algemeen zelfs nog wat strenger dan de gemiddelde Europeaan: 82% van onze landgenoten vindt dat de Europese Unie bijkomende maatregelen moet nemen. Niet geheel onverwacht riep Europees milieucommissaris Potočnik 2013 uit tot het Jaar van de Lucht. Eén jaar lang gaat bijzondere aandacht naar regels om de luchtkwaliteit in Europa te verbeteren en om de Europese wetgeving aan te scherpen. En dat is nodig, zo blijkt. Slechte luchtkwaliteit doet de gemiddelde levensverwachting dalen met 8,6 maanden en is de oorzaak van 500.000 vroegtijdige overlijdens per jaar. Bovendien zorgt een vervuilde lucht voor allergieën en ademhalingsziektes en levert het ons een pak extra medische kosten en verloren werkdagen op.

Slecht rapport voor België

In tegenstelling tot wat de meeste Europeanen denken, gaat de luchtkwaliteit in ons continent er in zekere zin op vooruit. Uit het laatste rapport van het Europees Milieuagentschap (AEE) blijkt dat 8 EU-landen de toegestane emissiewaarden van lucht-

verontreinigende stoffen overschreden. In 2010 waren dat er nog 12. België blijft echter achterop hinken en is na Duitsland, Oostenrijk, Spanje, Finland, Frankrijk, Ierland en Luxemburg, een van de slechtste leerlingen.

Voor de grote steden in deze landen tonen de meest verontrustende cijfers, met een jaarlijks gemiddelde van meer dan 50 microgram per m³. De landen die de opgelegde norm (40 microgram per m³) overschrijden, kunnen een sanctie krijgen van het Europese Hof van Justitie.

De fijne boosdoener

De vorm van milieuvervuiling die de grootste invloed heeft op onze gezondheid is fijn stof, zwevende deeltjes van minder dan 10 micrometer groot. De Vlaamse Milieumaatschappij (VMM) publiceerde in haar milieurapport van 2011 een overzicht van enkele milieufactoren en hun gezondheidseffecten. Onder meer koolstofmonoxide, ozon en UV-straling werden onderzocht. Om de invloed van die vormen van verontreiniging te onderzoeken, ging de VMM uit van DALY's of 'verloren gezonde levensjaren', een term die aangeeft hoeveel jaren iemand door ziekte of vervroegde sterfte verliest. Uit het rapport blijkt dat fijn stof verantwoordelijk is voor 79.424 DALY's. Dat komt neer op maar liefst driekwart van alle gezondheidsschade die

veroorzaakt wordt door de onderzochte milieufactoren. De blootstelling aan het geluid van drukke wegen, spoorwegen en luchthavens berokkent de op één na grootste schade aan de gezondheid (7.348 DALY's).

De toestand op de weg

Een belangrijke oorzaak van al dat fijn stof is ons overbelaste wegennet. Volgens het rapport van het AEE zorgt het wegtransport voor ongeveer 40% van de totale stikstofuitstoot in Europa en is het een van de belangrijkste factoren die voor de overschrijding van de normen zorgt. De Europese economie is erg afhankelijk van het wegtransport over lange afstanden, maar daar betalen we een grote prijs voor. Alleen al de vervuiling door vrachtwagens kost België jaarlijks 1,3 miljard euro aan gezondheidskosten. Als we daar de schade door personenwagens nog bij tellen, stijgt het kostenplaatje tot 2,8 miljard euro. Met slechts 9 landen waar de kosten per gereden kilometer hoger liggen, bengelt België achteraan het Europese peloton.

Het gaat hier weliswaar niet over kosten voor de gezondheidszorg. Onderzoekers plakken een prijs op de verloren (gezonde) levensjaren en komen zo tot de totale kost. Het Milieugentschap wil de Eurovignet-richtlijn aangrijpen om verandering te brengen in die situatie. Die richtlijn maakt het mogelijk om de gezondheidseffecten van luchtvervuiling door te rekenen in de kilometer- of tolheffing. Zo zou een vrachtwagen

van 12 ton die op een snelweg in ons land rijdt 5 tot 15 cent per kilometer moeten betalen om de gezondheidskosten te internaliseren. De invoering van de kilometerheffing voor vrachtwagens is in ons land uitgesteld tot 2016.

Steenkoolcentrales: een dure besparing

Een andere oorzaak van al dat fijn stof in onze lucht is de verbranding van steenkool. In België zijn er maar 6 steenkoolcentrales (2 in Wallonië en 4 in Vlaanderen), maar elders ter wereld wordt deze energiebron veel meer gebruikt. Hoewel het bijzonder vervuילend en klimaatonvriendelijk is, zijn er volgens het World Resources Institute wereldwijd plannen voor bijna 1.200 nieuwe steenkoolcentrales. Door de relatief goedkope importprijzen heeft steenkool namelijk aan populariteit gewonnen. Een puur economische zet die ons uiteindelijk wel eens duur te staan zou kunnen komen, want een elektriciteitscentrale aangedreven door steenkool stoot op één jaar tijd dubbel zoveel CO₂ uit als een aardgascentrale. Jaarlijks komt dit neer op 6 miljoen ton, wat ongeveer overeenkomt met de uitstoot van 2 miljoen auto's.

De Europese Health and Environment Alliance (HEAL) bracht onlangs een rapport uit over de effecten van steenkoolcentrales op onze gezondheid. De cijfers zijn duizelingwekkend: meer dan 18.200 vroegtijdige overlijdens, 8.500 nieuwe gevallen van chronische bronchitis en meer dan 4 miljoen verloren werkdagen per jaar. De economische kosten van steenkoolcentrales in Europa worden geschat op 42,8 miljard euro per jaar. HEAL wil daarom dat er in geen geval nieuwe steenkoolcentrales komen en dat Europa steenkool tegen 2040 definitief de rug moet toegekeerd hebben.

Eén voor allen en allen voor Europa

Het Jaar van de Lucht moet duidelijk maken dat er nog veel werk aan de winkel is voor Europa. En dan kan het maar beter rekening houden met de mening van het volk. Ongeveer 85% is het eens met het beginsel 'de vervuiler betaalt', waarbij wie vervuilt ook de kosten moet betalen van de negatieve gevolgen voor de gezondheid en het milieu. Op de vraag wat iedereen zelf kan doen om de luchtkwaliteit te verbeteren, vermeldden de meeste ondervraagden de volgende individuele maatregelen: de auto minder gebruiken (63%) en oude energieuwslurpende toestellen vervangen door energie-efficiëntere modellen (54%). Met deze adviezen kan Europa alvast aan de slag om het Jaar van de Lucht in schoonheid af te sluiten!

Smogalarm

Als de lucht te hoge concentraties fijn stof bevat, treedt het smogalarm in werking. Automobilisten mogen dan niet sneller dan 90 kilometer per uur rijden op de snelwegen. Die snelheidsverlaging vermindert de schadelijke uitstoot van de motoren en houdt zo de luchtverontreiniging binnen de perken. Een tijdelijk smogalarm lost de luchtvervuiling niet op, maar vermindert wel de klachten van mensen met ademhalingsproblemen. Als er extra veel fijn stof in de lucht hangt, stapelt het stof zich namelijk op in de longen. Het lichaam probeert dat vreemde materiaal te verwijderen, waardoor de longen licht ontstoken raken. Dat zorgt voor hoesten, astma of ademhalingsproblemen. De laatste 15 jaar is het besef gegroeid dat de ontsteking door fijn stof ook schadelijk is voor hart- en bloedvaten. Vooral ouderen zijn erg gevoelig voor de fijne stofdeeltjes: bij grotere luchtverontreiniging zijn er dan ook meer overlijdens.



Hellen Smeets

hellen.smeets@mloz.be

Een nieuw hulpmiddel voor de berekening van de kostprijs van een heelkundige ingreep

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pakken op hun website uit met een nieuw hulpmiddel voor de berekening van de kostprijs van een heelkundige ingreep. Rudy Van Tielen, wetenschappelijk medewerker bij de Onafhankelijke Ziekenfondsen, geeft een woordje uitleg bij deze nieuwe applicatie.

Wat houdt deze module in?

Dankzij deze applicatie krijgt de patiënt een idee van de kosten die hij zelf zal moeten betalen na een ziekenhuisopname wegens een heelkundige ingreep. Met de factureringsgegevens van de leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen (die wij van de ziekenhuizen ontvangen), hebben wij een hulpmiddel uitgewerkt voor de berekening van het globale bedrag van alle verstrekkingen die uitgevoerd worden tussen de opname en het ogenblik waarop de patiënt het ziekenhuis verlaat. Het gaat hier om informatie over 15 veel voorkomende ingrepen. De patiënt kan de supplementen en de remgelden vergelijken van 5 ziekenhuizen tegelijk, naargelang de ingreep, het soort ziekenhuisopname (een gewone of een one day), de gekozen kamer (een- of tweepersoonskamer) en de vraag of hij al dan niet recht heeft op de verhoogde tegemoetkoming. De patiënt krijgt zo dus informatie over de kostprijs van de ingreep in het gekozen ziekenhuis, en over die van de gekozen hospitalisatievorm.



In hoeverre kan dit hulpmiddel ook nuttig zijn voor de zorgverleners?

De ziekenhuizen kunnen zien wat hun positie is in vergelijking met de kostprijs in de andere instellingen en met het nationale gemiddelde. Ze moeten wel goed voor ogen houden dat dit louter een indicator is van de kostprijs die ten laste blijft van de patiënt (niet van de kwaliteit van de uitgevoerde verstrekkingen!). Het is ook belangrijk om op te merken dat het vermelde nationale gemiddelde slaat op alle gegevens van alle ziekenhuizen, waarin leden van de Onafhankelijke Ziekenfondsen een operatie ondergaan hebben.



U kan het hulpmiddel 'Berekening van de kostprijs van een operatie' vinden op de site www.mloz.be via '4CP' - Info: Rudy Van Tielen - rudy.vantielen@mloz.be

Minder administratieve rompslomp voor de artsen

Een primeur in België: de ziekenhuizen en huisartsen kunnen voortaan op eenzelfde webplatform de opvolging doen van hun facturen bij 3 verzekeringsinstellingen: de Onafhankelijke Ziekenfondsen, de Neutrale Ziekenfondsen en de Liberale Mutualiteiten. De voordelen hiervan zijn minder administratieve rompslomp voor de zorgverleners en tijds-winst voor de ziekenfondsen.



In 2008 lanceerden de Onafhankelijke ziekenfondsen al het webplatform 4CP (For Care Provider), een module waarmee de zorgverleners

niet alleen de 'verzekerbaarheid' van hun patiënten (hun rechten) kunnen verifiëren, maar ook en vooral de facturering kunnen opvolgen van de uitgevoerde verstrekkingen. Het beheer van de facturen van de zorgverleners is hierdoor eenvoudiger geworden: de facturen kunnen 24u/24 geraadpleegd worden en de uitwisseling met het ziekenfonds gebeurt per mail. Niets dan tijdswinst dus voor iedereen! Dankzij deze module kunnen de huisartsen hun patiëntenbestand daarenboven van dichtbij opvolgen (beheer van de derde betaler, GMD, zorgtrajecten). De grootste gebruikers op dit moment zijn de ziekenhuizen (80%), de wijkgezondheidscentra, de huisartsen en de klinische laboratoria, maar ook andere sectoren zullen in de toekomst dezelfde dienstverlening kunnen genieten (verpleegkundigen, rusthuizen ...).



Patrick Hurkmans, Project Manager – patrick.hurkmans@mloz.be - www.4cp.be

Innoverende therapieën: een uitdaging voor de gezondheidszorg

De laatste jaren wordt meer en meer geïnvesteerd in onderzoek naar hoogtechnologische therapieën. Die evolutie vormt een bron van nieuwe uitdagingen voor ons gezondheidszorgsysteem. Een overzicht!

Behandelingen via gentherapie, celtherapie en weefselmanipulatie staan geboekstaafd als 'Advanced-Therapy Medicinal Products' (ATMP's). Deze behandelingen maken gebruik van de steeds bredere kennis van de cellulaire systemen en de moleculaire processen om verschillende lichaamseigen celtypen te produceren of te kweken, en zo de functie van bepaalde weefsels te herstellen. Aangezien niet alleen de symptomen maar ook de oorzaak van de aandoening wordt aangepakt, creëren de ATMP's nieuwe mogelijkheden voor ziektes waarvoor geen of weinig therapeutische opties beschikbaar zijn.

Dergelijke complexe producten brengen echter grote uitdagingen met zich mee:

- Vermits een zeer specifieke deskundigheid vereist is die verder gaat dan het louter farmaceutische gebied, is er een duidelijk wettelijk en wetenschappelijk kader nodig dat de kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid van de ATMP's kan garanderen.

Daarom werd binnen het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) het 'Committee for Advanced Therapies' (CAT) opgericht.

- Het gebruik van menselijke cellen en weefsels dwingt ons ook om na te denken over de nieuwe ethische aspecten die hiermee gepaard gaan: vb. de zeggenschap over cellen en weefsels, de mogelijke gevolgen bij blootstelling aan nieuwe technieken ...
- Bij het concrete gebruik van deze therapieën zullen ook een heel aantal ondersteunende technieken ontwikkeld moeten worden.
- Het kostenplaatje is hoog en komt bovenop alle ontwikkelingen die ons budget al onder druk zetten (bv. de vergrijzing van de bevolking en de exponentiële toename van de chronische ziekten).

Evelyn Macken, Claire Huyghebaert
en Chris Van Hul

Experten Onafhankelijke Ziekenfondsen

"Er zullen in de volgende jaren maatschappelijke keuzes gemaakt moeten worden"

De Commissie voor de Sociale Aangelegenheden van de Senaat heeft in 2012 de werkgroep 'Kansen en Uitdagingen verbonden aan Innoverende Therapieën' opgericht. Deze werkgroep heeft verschillende gedachtewisselingen georganiseerd, waaronder ook met het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), waar de Onafhankelijke Ziekenfondsen deel van uitmaken. Enkele krijtlijnen:

De evaluatie van ATMP's vereist een zeer specifieke expertise: het zou nuttig zijn om ook op het niveau van de terugbetaling, binnen de bestaande structuren, een multidisciplinair adviesorgaan of werkgroep te voorzien.

In de huidige budgettaire context moet er bij de terugbetaling en financiering rekening gehouden worden met de reële meerwaarde ten opzichte van de alternatieven en de medische nood.

Wanneer er keuzes gemaakt worden, moeten we rekening houden met de producten die ook op klinisch vlak het meeste bijdragen aan de gezondheid van de patiënt. Die meerwaarde kan schuilen in verschil-

lende domeinen: betere kosteffectiviteit, behandeling van een tot nu toe onbehandelbare aandoening ...

Een breed maatschappelijk debat over het optimale gebruik van de beschikbare middelen dringt zich op:

de druk op het gezondheidsbudget neemt toe. Het is duidelijk dat er in de volgende jaren maatschappelijke keuzes gemaakt zullen moeten worden. Middels een breed maatschappelijk debat kan nagegaan worden voor welke ontwikkelingen een breed draagvlak bestaat.

We moeten de financiering en terugbetaling duidelijk omkaderen:

om het onderzoek aan te moedigen, is er voor de bedrijven die in ATMP's investeren een 'return on investment' voorzien. Anderzijds zijn er bij het op de markt komen van nieuwe geneesmiddelen dikwijls nog een heel aantal onzekerheden en vragen, waarop nog geen antwoord kan gegeven worden. Een duidelijke omkadering kan helpen bij het oplossen van de onzekerheden en de evaluatie van de terugbetaling.



Stefaan Hanson

“We moeten meer focussen op zelfresponsabilisering”

De kwaliteit van de mondgezondheid bij de Belgen is er de laatste 3 decennia fel op vooruitgegaan. Een evolutie waarover het Verbond der Vlaamse Tandartsen (VVT) zich uiteraard verheugt. Dat betekent echter niet dat de tandartsen op hun lauweren rusten, want de uitdagingen blijven legio. Health Forum voelde Stefaan Hanson, woordvoerder van het VVT, aan de tand over de tandzorg in België!

Hoe is het gesteld met de mondgezondheid bij de Belgische jeugd?

Stefaan Hanson - Op het vlak van mondgezondheid behoren de Belgische jongeren tot de top van Europa. Niettemin moeten we onze inspanningen op het vlak van zowel primaire als secundaire preventie absoluut volhouden én opvoeren. Onze sensibiliseringsacties bereiken een grote meerderheid van de bevolking, maar een aantal doelgroepen springen nog steeds niet op de kar.

Is er sprake van een duale tandzorg in ons land?

S.H. - Toch wel, een behoorlijke groep van sociaal zwakkeren (10-15%) valt nog steeds door de mazen van het net. Dat is niet enkel een nationaal, maar ook

een Europees probleem. Daarom moeten we blijven inzetten op preventie en sensibilisering, maar vooral ook meer focussen op zelfresponsabilisering. Het is de plicht van de overheid om ook in te staan voor de basisgezondheidszorg. Preventie is daarbij de ultieme hoeksteen. Het VVT trekt dus ook volop de preventiekaart. Hét speerpunt van onze preventieacties is www.glimlachen.be, een door het RIZIV gefinancierd overheidsproject dat loopt tot aan de overheveling van de budgetten naar de deelstaten in het kader van de 6^e Staatshervorming.

Hoe kunnen we de toekomst van de reguliere gezondheidszorg vrijwaren?

S.H. - We kunnen en mogen de bevolking niet meer wijsmaken

dat the sky the limit is. Het is aan ieder van ons om in de eerste plaats zelf voor onze gezondheid te zorgen. Tandzorg is hiervan een mooi voorbeeld: een goede tandverzorging heeft een positief effect op de algemene gezondheid. In budgettaire krappe tijden moeten we keuzes maken. We zien een tendens naar een solidair gefinancierde basisgezondheidszorg, een aanvullende of geen verzekering of een privéverzekering. De hamvraag is natuurlijk: wat steek je in het basismondzorgpakket en wat zijn de basisprincipes voor de toekomst?

Het huidige financieringsmodel is gestoeld op de nomenclatuur. Is dat systeem houdbaar?

S.H. - Wij pleiten eerder voor een evolutie naar een gemengd

systeem van nomenclatuurgeneeskunde, op basis van prestatie én van een forfaitair systeem. Elk systeem heeft namelijk zijn nadelen. Zo is een systeem op basis van prestatie moeilijk te controleren én de forfaitaire geneeskunde leidt tot 'onderverbruik'. Bij een gemengd systeem kiest de patiënt vrij zijn tandarts. Deze is in feite een tandheelkundig dossierhouder en hij of zij gaat maximaal 2 keer per jaar op controlebezoek. De tandarts geeft advies, maakt een behandelplan op en start de preventieve behandeling van het behoud van tanden en het voorkomen van tandvleesaandoeningen. Dat zou een basisforfait zijn. Een patiënt die zich hieraan houdt, zal heel weinig problemen krijgen.

Als er wel problemen zijn, komt de patiënt terecht in een 'prestatiegedeelte'. Op die manier is het mogelijk om de evolutie en de resultaten van de praktijk op te volgen. De verantwoordelijkheid ligt dus zowel bij de tandarts als bij de patiënt, die weet waar hij aan toe is. Dit model, in combinatie met een basisgezondheidspakket, moet het systeem betaalbaar houden.

Hoe kijken jullie aan tegen het huidige overlegmodel van de gezondheidszorg?

S.H. - In tegenstelling tot anderen zijn wij niet van mening dat het overlegmodel ziek is. In het

verleden was er geld genoeg om iedereen tevreden te stellen en werden er bij wijze van spreken overeenkomsten 'afgekocht'. Anno 2013 heeft dit systeem z'n grens bereikt. Onze sociale zekerheid is uniek in de wereld en alle partijen hebben er belang bij om dit in stand te houden. Het evenwicht tussen geconventioneerde en niet-geconventioneerde verstrekkers is bijvoorbeeld zonder meer een unicum.

Het overlegmodel steunen we dus, maar dat geldt ook voor het aanpakken van fraude. Wij vinden dat er een grondige hervorming van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) van het RIZIV moet komen. Het kan niet dat er in het DGEC nauwelijks praktiserende tandartsen zetelen. Hoe kan de controle zo worden geoptimaliseerd?

Wat is jullie standpunt rond Vlaamse tandartsen die in Nederland aan de slag gaan?

S.H. - Dat heel wat Vlamingen, ondanks het tandartsentekort, toch in Nederland gaan werken, heeft uiteraard te maken met betere werkomstandigheden en verloning.

De problematiek rond mankracht in de tandzorgsector weegt zwaar door en zal nog toenemen als er niet aan gewerkt wordt. Onze sector heeft een zeer slechte leeftijds piramide. Voor ons ligt

de oplossing niet in het opvoeren van het aantal tandartsen, maar wel in de reorganisatie van de praktijkvoering. Een tandarts moet zich kunnen toeleggen op zijn core business en moet hulp krijgen van de mondzorgassistent(e) die zelf aan secundaire preventie mag doen. Op die manier kunnen we zelfs met de helft van de tandartsen het werk aan.

En hoe zit met de migratiestromen van Europese tandartsen?

S.H. - Over de migratiestromen van zorgverstrekkers in Europa zijn de Europese richtlijnen duidelijk: er is vrijheid van migratie en iedereen die een erkend Europees diploma heeft, kan hier werken. België heeft echter wel de mogelijkheid om te zeggen: ons systeem kan maar x-aantal zorgverstrekkers aan. Als er een contingent is, moet dat worden gerespecteerd. Momenteel zijn er al buitenlandse tandartsen die in België werken buiten het RIZIV-systeem. Een overtal aan tandartsen uit het Zuiden of elders kan ons streven naar een nieuwe praktijkvoering de pas afsnijden en dat zou doodzonde zijn. Aanpassingen in onder meer de regelgeving zijn namelijk essentieel om het tandartsberoep in Vlaanderen nog een toekomst geven.



Interview door **Piet Van Eenoo**

Regionaal onderwijs en federale sociale zekerheid: een scheefgetrokken situatie

In België is het onderwijs een regionale materie en de sociale zekerheid een federale. Een doorn in het oog van Stefaan Hanson. "Momenteel zitten er 700 Franstalige studenten in het 1ste jaar tandheelkunde voor een 70 RIZIV-nummers binnen 5 jaar. In de Vlaamse universiteiten gaat het over 110 studenten voor 95 RIZIV-nummers binnen dezelfde periode. Wij voorspellen dat

het volledige systeem zal springen. De huidige verantwoordelijke minister doet daar niets aan. Zolang onderwijs regionaal is en de financiering van het sociale zekerheidssysteem federaal, blijven we in een scheefgetrokken situatie zitten. Beleidsplanning in Vlaanderen wordt op die manier afgeblokt, een regelrechte schande."



Studie

De thuisdialyse aanmoedigen

In België lijden meer dan 11.000 mensen aan chronische nierinsufficiëntie, waarvan 6 op de 10 worden behandeld via dialyse. Hoewel thuisdialyse bevorderlijk is voor de levenskwaliteit van de patiënten én de kosten reduceert, is het in ons land allesbehalve een gangbare praktijk (10% van de patiënten wordt thuis behandeld). Dat blijkt uit de nieuwe studie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen!

Met meer dan 11.000 bekende patiënten behoort België tot de koplopers wat betreft de prevalentie van chronische nierinsufficiëntie. Onze buurlanden volgen op grote afstand (als we Duitsland buiten beschouwing laten). Volgens een prognose van de Onafhankelijke Ziekenfondsen zou het aantal patiënten tegen 2025 overigens zelfs verdubbelen. Deze verwachte stijging heeft verschillende oorzaken. De vergrijzing van de bevolking is een van de belangrijkste factoren: hoe ouder, hoe slechter de werking van de nieren. Dat blijkt trouwens nu al uit de cijfers, aangezien 3 op de 4 mensen met chronische

nierinsufficiëntie ouder zijn dan 60 jaar. Een andere factor is dat de diagnose vaak laat gesteld wordt. De nierfunctie verslechtert geleidelijk en dat proces verloopt geruisloos, waardoor de diagnose vaak zo laat gesteld wordt dat men wel zijn toevlucht moet nemen tot dialyse of een niertransplantatie. We mogen ook een verhoging van het aantal risicopatiënten verwachten, namelijk van de patiënten met type 2 diabetes en cardiovasculaire aandoeningen (vooral mensen met een te hoge bloeddruk). Zo heeft 70% van de personen met chronische nierinsufficiëntie tegelijk chronische hypertensie, bijna 20% zijn diabetespatiënten met type 2

diabetes, en meer dan 20% heeft al een cardiovasculaire aandoening gehad. Onze levenswijze en onze consumptiegewoonten hebben eveneens een invloed op de slechte werking van onze nieren: een zittend leven en een onevenwichtige voeding dragen bij tot de ontwikkeling van hypertensie en type 2 diabetes. Het langdurige of overmatige gebruik van geneesmiddelen die gemetaboliseerd worden door de nieren (zoals bepaalde pijnstillers), is nefast voor de nieren.

Nauwelijks thuisdialyses

60% van de mensen met nierinsufficiëntie volgt een behandeling

met dialyse in het ziekenhuis, een collectief centrum of thuis. Dankzij de geboekte vooruitgang qua veiligheid, efficiëntie en gebruiksvriendelijkheid, zijn de 4 bestaande dialysetechnieken (hemodialyse in het ziekenhuis, de dialyse in een centrum voor collectieve autodialyse, de thuisdialyse en de peritoneale dialyse) klinisch bijna allemaal even efficiënt, los van de plaats waar ze uitgevoerd worden. Desondanks blijkt in België slechts 1 op de 10 dialyses thuis uitgevoerd te worden. Deze keuze is nochtans uitermate bevorderlijk voor de levenskwaliteit van de patiënt: hij hoeft geen talloze verplaatsingen te maken naar het ziekenhuis en hij kan een zo goed als normaal leven leiden. Hij kan namelijk zelf zijn dialysesessies beheren én hij kan ze aanpassen aan zijn dagelijkse bezigheden (het is zelfs mogelijk om de dialyse 's nachts al slapend uit te voeren). Waarom dan zo weinig thuisdialyses? Het is natuurlijk zo dat bepaalde gevallen onmogelijk thuis kunnen worden behandeld. De huidige financieringswijze is overigens niet echt bevorderlijk voor de uitvoering van thuisdialyses en de patiënten worden niet goed geïnformeerd over de voordelen van deze dialysevorm.

Thuis = minder duur!

In 2010 stelde het KCE (Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) vast dat de hemodialyse in het ziekenhuis de meest gebruikte techniek blijft in België, ondanks haar hoge kostprijs. Die vaststelling werd bevestigd door de analyses van de Onafhankelijke Ziekenfondsen, die a contrario aantonen dat de patiënt 40% bespaart bij een thuisdialyse, terwijl de ziekteverzekering 30% bespaart. Een dergelijke besparing valt zeker niet te versmaden in tijden van rationalisering van de kosten.

Het schenken van een nier door een levende donor bevorderen

De niertransplantatie is en blijft de best mogelijke behandeling in termen van resultaat en comfort voor de patiënt. De behandeling zal, na de transplantatie, overigens minder zwaar en minder duur zijn dan een dialyse. Wanneer een patiënt een nier krijgt, zal de gemiddelde kostprijs per jaar van een patiënt

Wanneer het mogelijk is, blijft de niertransplantatie de best mogelijke behandeling op vlak van resultaat en comfort voor de patiënt.

voor de ziekteverzekering dalen met 60 à 70% in de 3 tot 4 jaar die volgen op het jaar van de transplantatie! Ondanks deze vaststelling blijkt slechts 40% van de Belgen met chronische nierinsufficiëntie te leven met een gekregen nier. De wachtlijst voor orgaandonatie is lang (gemiddeld vier jaar en half in 2012), maar kinderen krijgen normaliter voorrang op die lijst.

Een andere opvallende vaststelling: volgens de cijfers van de Stichting Eurotransplant International waren in 2011 in ons land minder dan 10% van de getransplanteerde nieren afkomstig van levende donoren, terwijl dat percentage meer dan 25% bedraagt in Duitsland en meer dan 50% in Nederland.

De Onafhankelijke Ziekenfondsen pleiten dan ook voor meer niertransplantaties door levende donoren, al betekent dit natuurlijk dat men de obstakels voor levende donoren uit de weg moet ruimen.

Enkele belangrijke pistes: een betere voorlichting van de potentiële ontvangers en hun familie (een goede nier van een levende donor zal langer werken, het is mogelijk om een transplantatie te krijgen voor men begint met dialyse). Ook de donoren kan men beter informeren: men kan hen uitleggen dat hun levensverwachting en -kwaliteit helemaal niet hoeven te lijden onder het feit dat zij bij leven een orgaan wegschenken. Het is daarnaast vooral belangrijk om de sociale rechten van orgaandonoren te vrijwaren: de integrale terugbetaling van de geneeskundige kosten voor en na de operatie, van de ziekenhuisopname, alsook financiële compensaties wanneer zij het werk moeten stopzetten en bij inkomensverlies.

Vroegtijdige opsporing promoten

De Onafhankelijke Ziekenfondsen wijzen, tot slot, op het belang van een vroegtijdige opsporing van nierinsufficiëntie bij risicopersonen, namelijk bij personen met type 2 diabetes of hypertensie en bij mensen met familiale aanleg voor nierziekten. De vroegtijdige tenlasteneming van de ziekte is eveneens wenselijk. De Onafhankelijke Ziekenfondsen nodigen de patiënten dan ook uit om zich in te schrijven op een zorgtraject.

Preventie-, sensibiliserings- en informatiecampaagnes zijn andere essentiële onderdelen van de strijd tegen nierinsufficiëntie. Alle preventieacties rond diabetes, hartziekten of elke andere aandoening die samenhangt met nieraandoeningen (een gezonde levensstijl, een goede hydratatie...) zijn namelijk efficiënte middelen om nierziekten te voorkomen.



Güngör Karakaya

Studiedienst

van de Onafhankelijke Ziekenfondsen

* Deze cijfers zijn het resultaat van de gegevens die gebruikt werden in het kader van de (nog te verschijnen) studie 'Grote zorgconsumenten van de Onafhankelijke Ziekenfondsen'.

Multiple sclerose

Wegwijs in het doolhof van multiple sclerose

Er hangt nog altijd een waas van mysterie rond multiple sclerose (MS). Tot op vandaag is een volledige genezing niet mogelijk, tal van nieuwe therapieën schieten als paddenstoelen uit de grond, er bestaat een kluwen aan sociale en financiële voorzieningen ...: geen toeval dat vele patiënten tussen de bomen het bos niet meer zien. Daarom engageert de MS-Liga Vlaanderen zich om mensen met MS wegwijs te maken in het doolhof van de ziekte. Rita Van Reempts, het hoofd van de sociale dienst, geeft tekst en uitleg!

Multiple sclerose (MS) is een chronische ontstekingsziekte die zorgt voor een geleidelijke aftakeling van het centrale zenuwstelsel. Niet alleen bestaan er vele varianten van de ziekte, maar daarnaast wisselen periodes met opflakkeringen van de symptomen zich af met periodes met minder klachten. De ene MS-patiënt is dus de andere niet en die complexiteit zorgt voor veel frustratie en twijfel bij degenen die de diagnose te horen krijgen. "Het is erg belangrijk dat deze mensen de nodige begeleiding krijgen in hun verwerkingsproces", zegt Rita Van Reempts. "We beschikken daarom over een team van 19 maatschappelijk werkers die klaarstaan voor zowel de personen met MS (PmMS) als hun omgeving. Zij vormen een luisterend oor en verschaffen hen correcte informatie over zowel de ziekte zelf als tewerkstelling, sociale wetgeving, verzekeringen ..."

Enkele specifieke projecten

Naast cursussen mindfulness en relaxatietrainingen zet de MS-Liga Vlaanderen nog enkele andere specifieke projecten op touw:

- **MS-begeleiders:** opgeleide vrijwilligers die ervaring hebben met MS en de perfecte aanvulling vormen op de sociale dienst.

- **Persoonsgebonden cognitieve ondersteuning (PCO):** de introductie van cognitieve hulpmiddelen bij de PmMS thuis door een ergotherapeute. Het aanbieden van structuur, het leren vragen en aanvaarden van hulp ... resulteert in een positiever zelfbeeld en meer mogelijkheden tot zelfontplooiing.

Het Sociaal MS-Fonds

Naast informatieverstrekking werkt de MS-Liga Vlaanderen ook aan een kwaliteitsvol leven voor PmMS via het Sociaal MS-Fonds. Dit zijn financiële tegemoetkomingen onder bepaalde voorwaarden in de vorm van giften, bv. voor gezins- en poetshulp. "Het gaat om kleine financiële duwtjes in de rug, maar ze betekenen veel voor onze leden", dixit Rita. "Ze vormen vaak het verschil tussen extra hulp inschakelen of niet, tussen een aankoop uitstellen of niet."



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be



www.ms-vlaanderen.be

Ontspanningsweekend voor MS-patiënten in Blankenberge!

Ook in 2013 organiseren de Onafhankelijke Ziekenfondsen in samenwerking met de MS-Liga Vlaanderen een deugddoend ontspanningsweekend voor MS-patiënten.

Voor wie?

MS-patiënten die uiterlijk weinig symptomen vertonen én hun gezin. Voor partners, kinderen en naasten zijn er specifieke activiteiten voorzien.

Wat staat er op het programma?

Een evenwichtige mix van inspannende en ontspannende groepsworkshops (o.a. drums alive,

klankschalen ...), met een bijzondere aandacht voor lotgenotencontact.

Waar en wanneer?

Van 23 tot 25 augustus 2013 in Floréal-Club Blankenberge (Koning Albertlaan 59, 8370 Blankenberge)

Inschrijven of meer info?

- Dienst Gezondheidspromotie van de Onafhankelijke Ziekenfondsen: 02 778 93 05/gezondheids-promotie@mloz.be
- MS-Liga Vlaanderen: 011 80 89 80/ secretariaat@ms-vlaanderen.be

Engagement

Op weg naar autonomie... ook in Togo!

Begin 2013 beslisten de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération om hun samenwerking rond de Afrikaanse ziekenfondsen verder te zetten. Samen zullen ze de jonge ziekenfondsen in Benin verder blijven ondersteunen, maar er wacht ook een nieuwe uitdaging in Togo. Een streepje duiding over het nieuwe hoofdstuk in dit verhaal van grenzeloze mutualistische solidariteit!

Een succesverhaal vraagt om een sequel. Het is dus geen toeval dat de Onafhankelijke Ziekenfondsen en Louvain Coopération op 18 februari 2013 een nieuw samenwerkingscontract ondertekenden. Een jaar na het begin van hun samenwerking in 2006 zagen namelijk al twee ziekenfondsen in Benin het licht: die van Cobly en Ndahonta. Vandaag tellen deze twee ziekenfondsen samen meer dan 5.000 verzekerden. "We blijven die ziekenfondsen in Benin uiteraard verder ondersteunen, maar we zijn ook klaar om samen met Louvain Coopération een nieuw hoofdstuk van onze samenwerking aan te snijden. Het project in Togo belooft een spannende uitdaging te worden", zegt Christian Horemans, expert Internationale Zaken bij de Landsbond van de Onafhankelijke Ziekenfondsen.

Waarom Togo?

Louvain Coopération is al lange tijd actief in Togo en de NGO heeft er een goede reputatie opgebouwd. "Toen de Togolese overheid besliste om het mutualistische model van het land verder uit te bouwen, zijn ze dan ook bij ons komen aankloppen", verduidelijkt Thomas Feron, communicatieverantwoordelijke bij Louvain Coopération. "Er bestaan vandaag de dag al ziekenfondsen in Togo, maar de regering wil een stap verder gaan en een structuur op poten zetten met een overkoepelende landsbond, naar analogie met het Belgische model. Zowel onze ervaring en expertise als die van de Onafhankelijke Ziekenfondsen kunnen daarbij een belangrijke rol vervullen."

Een landsbond op maat van de Afrikaanse context

De voornaamste ambitie van het project in Togo is dus de oprichting van een landsbond als overkoepelende organisatie van de plaatselijke ziekenfondsen. "Aangezien de Onafhankelijke Ziekenfondsen over veel ervaring beschikken, kan hun inbreng van grote

waarde zijn voor dit project. De grootste uitdaging zal erin bestaan om een landsbond te creëren op maat van de Afrikaanse context", dixit Thomas Feron.

Christian Horemans is het hier roerend mee eens: "een loutere kopie van een Belgische landsbond zal weinig zoden aan de dijk zetten. Het is vooral zaak om te zoeken naar een evenwicht. Hoe kunnen we bepaalde functies en bevoegdheden centraliseren zonder de plaatselijke ziekenfondsen aan eigenheid te laten inboeten? Overleg met de verstrekkers, opleidingen, de relatie met de overheid ...: we zullen bekijken of dergelijke coördinerende landsbondfuncties een meerwaarde kunnen betekenen voor de Togolese ziekenfondsen."

Samenwerking voor 6 jaar

Louvain Coopération en de Onafhankelijke Ziekenfondsen zullen de komende 6 jaar de handen in elkaar slaan rond deze ziekenfondsprojecten in Benin en Togo. "In Togo is het tijdens de eerste drie jaar vooral de bedoeling om na te gaan wat de noden zijn en welke middelen vereist zijn om te komen tot de oprichting van een landsbond. In Benin zal de verdere ondersteuning van de ziekenfondsen tegen eind 2018 moeten uitmonden in een verdubbeling van het aantal aangesloten leden en een mutualistische structuur met gezonde financiën.", zegt Christian Horemans. Een haalbare doelstelling? "De werkomstandigheden op het terrein zijn niet gemakkelijk, maar die hoeven de verwezenlijking van deze doelstellingen niet in de weg te staan", klinkt het bij Christian Horemans. "Bovendien bestaan er zowel in Togo als Benin goede fundamenten", zegt Thomas Feron. "Nu is het aan ons om hierop verder te bouwen."



Steven Vervaeet

steven.vervaeet@mloz.be

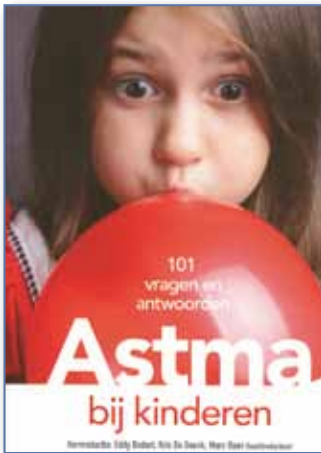


www.louvaincooperation.org
www.mloz.be

Boeken

101 vragen over astma bij kinderen

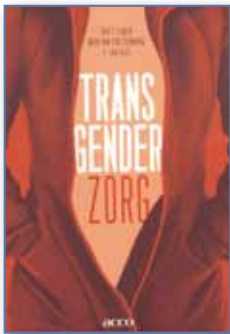
Cijfers over astma doen vaak naar lucht happen. Zo is de aandoening één van de meest voorkomende chronische ziektes bij kinderen. Geen toeval dus dat huisartsen, kinderartsen en andere zorgverstrekkers regelmatig met vragen zitten over astma bij kinderen. Daarom vatte een groep van Belgische kindergeneeskundigen de koe bij de horens, met dit boek als resultaat. Geen klassiek tekstboek, maar een werkstuk dat pasklare oplossingen aanreikt via een overzichtelijke en heldere vraag-en-antwoord formule.



Astma bij kinderen. 101 vragen en antwoorden, Bodart Eddy, e.a., Acco, 2012, 192 blz., ISBN 978-90-334-8921-1

Over genderidentiteit en diversiteit...

Bij de meesten onder ons gaapt er geen kloof tussen het biologische geslacht en onze genderidentiteit. Maar wat als deze twee elementen wel voor een conflict zorgen, met een sterk gevoel van onbehagen tot gevolg (genderdysforie)? Het aantal transgenderpersonen neemt toe en daarom achtten Guy T'Sjoen, Mick van Trotsenburg en Luk Gijs de tijd rijp om hun medische begeleiding uit de doeken te doen. De diagnose, hormonale therapie, chirurgie, nazorg, sociale context: het komt allemaal ter sprake. En aangezien genderdysforie vaak niet plots op volwassen leeftijd ontstaat, beschrijven de auteurs ook de begeleiding van kinderen en adolescenten.



Transgenderzorg, Guy T'Sjoen, Mick van Trotsenburg, Luk Gijs, Acco, 2013, 280 blz., ISBN 978-90-334-8927-3

Het leven zoals het is: een hospice!

Een hospice is een ander woord voor een verpleeghuis voor palliatieve zorgen, een oord waar mensen het laatste hoofdstuk uit hun levensverhaal schrijven. In dit boek bundelt Martine Wolfaert, verpleegkundige in het hospice van Coda, enkele van deze hoofdstukken tot een aangrijpend relaas over het dagelijkse leven in de palliatieve zorg. Een leven dat zelden over hoogdravende dingen gaat en waarin een bakje koffie en een flinke plak cake soms voldoende zijn om troost te bieden. Wolfaert beschrijft de levens van de verschillende patiënten met veel empathie en betrokkenheid, wat de authenticiteit van dit boek enkel maar verhoogt.



Sterven is klote, maar jullie koffie is lekker, Martine Wolfaert, Uitgeverij Vrijdag, 2013, 351 blz., ISBN 978-94-600-1188-7

Het stramien van de crime scene

Doorgaans komen een huisarts of een medisch urgentieteam als eerste aan op een plek waar zich een zwaarwichtig feit heeft afgespeeld. Het kan dan ook gebeuren dat (para)medische hulpverleners belangrijke sporen uitwissen op de crime scene zonder zich daarvan bewust te zijn. Om dat te vermijden reikt Rudy Maes, politiecommissaris van de Lokale Politiezone Brussel-Noord, zorgverstrekkers in dit boek de nodige tips aan om het gerechtelijke onderzoek te helpen door sporenbeveiligend op te treden. Daarnaast legt hij ook uit hoe je het best kan omgaan met slachtoffers, getuigen en vermoedelijke daders. Leerrijke lectuur met het oog op een betere harmonie tussen (para)medische hulpverlening en forensisch onderzoek!



Forensische aspecten bij (para)medische hulpverlening, Rudy Maes, Acco, 2013, 184 blz., ISBN 978-90-334-8985-3



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!
Surf naar www.mloz.be/abonnement**

www.mloz.be

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

Meer dan **2.000.000** verzekerden
schenken ons hun vertrouwen

Jij ook?

Onafhankelijke 
Ziekenfondsen

www.mloz.be

De Onafhankelijke Ziekenfondsen groeperen:

