

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw -
Groenveldstraat 15 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos - Winegemsteenweg 70 Bus 005
- 2970 's Gravenwezel
- nummer 52 - maart 2010 - verschijnt in jan- ma- jun- sept
en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail
Erkeningsnummer: P2A8311

NIEUWSBRIEF

EERSTELIJSGEZONDHEIDSZORG: INBRENG VAN PATIËNTEN OP DENKDAG 16 APRIL 2010

Hoe zie jij de zorg aan je ziekbed het liefst georganiseerd?

Wie moet hierin de leiding nemen?

Hoe kan je als patiënt hierin je wensen kenbaar maken?

Wie staat je bij om deze wensen om te zetten in realiteit?

Wil en kan je de kostprijs van deze zorg zelf voorschieten?



Al tientallen jaren pleiten huisartsen en beleidsmakers voor een betere erkenning van de eerstelijnsgezondheidszorg. Dit jaar werd het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) uitgenodigd om mee te werken in de voorbereidende werkgroepen van het eerstelijns-symposium van Vlaams minister Vandeurzen. Wat maakt dat patiënten anno 2010 zo intensief gevraagd wordt naar hun inbreng? En wat leeft er bij patiënten als het gaat over de zorg aan huis of over de zorg die ze nodig hebben van huisartsen, thuisverplegers, kinesisten,...?

INBRENG VAN PATIËNTEN

Chronisch zieke patiënten zijn structurele gebruikers van zorg. Daardoor zijn ze expert op dit terrein en moeten ze een belangrijke plaats krijgen in het debat over de organisatie van de zorg.

Omdat het thema 'eerstelijnsgezondheidszorg' zo breed is, maar we de inbreng van patiënten noodzakelijk achten om het symposium goed voor te bereiden organiseren we een denkdag waarop we patiënten in vier werkgroepen willen bevragen over:

- hun positie ten opzichte van zorgaanbieders op de eerste lijn;
- hun ervaringen met kosten en het papierwerk;
- hoe ziekte of verslechtering van de gezondheidstoestand voorkomen kunnen worden;
- de zorg voor hun geestelijke gezondheid.

De denkdag moet uitmonden in een reeks aanbevelingen.

SAMENWERKING MET HET VLAAMS NETWERK VAN VERENIGINGEN WAAR ARMEN HET WOORD NEMEN

Chronische zieke patiënten zijn bevoorrechte getuigen als het gaat over de organisatie van zorg. Om hun standpunten te verfijnen en kracht bij te zetten, leek het ons waardevol om hun ideeën samen te brengen met de ideeën van andere patiënten. In het kader van een project van de Koning Boudewijnstichting organiseert het VPP de denkdag daarom samen met het Vlaams Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen.

DENKDAG 'DE IDEALE EERSTE LIJN'

Wens je deel te nemen aan de gezamenlijke denkdag van het Vlaams Patiëntenplatform vzw en het Netwerk van verenigingen waar armen het woord nemen op 16 april in Schaarbeek? Schrijf je dan in voor maandag 12 april! Een inschrijvingsformulier kan je opvragen via info@vlaamspatientenplatform.be of 016/23 05 26.

Heb jij een verhaal over de verhoudingen tussen jou als patiënt en je huisarts of als mantelzorger met de thuisverpleegkundige, kinesist, gezinshulp,...of over de samenwerking tussen je huisarts en de kinesist of specialist....Laat het ons weten (ann.ceyssens@vlaamspatientenplatform.be of 016/23 05 26)! We zijn op zoek enkele getuigenissen die de verwachtingen van patiënten en mantelzorgers kenbaar maken of problemen aangeven.

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

HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN: DE MEDISCHE INDEX

Het afgelopen jaar berichtten we geregeld over premiestijgingen van private hospitalisatieverzekeringen en de noodzaak van een medische index die de premiestijgingen reguleert. Sinds februari 2010 is er eindelijk zo'n index waarmee kan worden nagegaan of premiestijgingen van verzekeraars gerechtvaardigd zijn.

WAT VOORAF GING

De Wet van 20 juni 2007 (Wet Verwilghen)¹ voorzag dat er een medische index zou komen die de premiestijgingen van particuliere hospitalisatieverzekeringen moest controleren. De bedoeling van deze index zou zijn om hoge premiestijgingen aan banden te leggen.

De komst van de medische index liet echter enkele jaren op zich wachten. Daardoor hadden verzekeringsondernemingen vrij spel om forse premiestijgingen door te voeren. Deze stijgingen zorgden ervoor dat hospitalisatieverzekeringen voor bepaalde groepen onbetaalbaar werden. Zo lieten onder andere heel wat 65-plussers ons weten dat ze hun hospitalisatieverzekering niet meer konden betalen wegens de bruuske stijging van hun premie.

Versillende consumenten- en patiëntenverenigingen, waaronder het Vlaams Patiëntenplatform vzw, klaagden deze premiestijgingen aan en stelden de wettelijkheid ervan in vraag. Ondanks verschillende acties werden de voorbije premiestijgingen, die door het ontbreken van een medische index werden aangerekend, via een Wet in 2009² geregulariseerd en nog verder toegestaan tot 1 juli 2009.

FEBRUARI 2010: MEDISCHE INDEX IS EEN FEIT

Op 1 februari 2010 verscheen er eindelijk een Koninklijk Besluit³ dat de medische index vastlegt. Het komt erop neer dat de schadelast van verzekeringsondernemingen de basis vormt voor de index. Verzekeringsondernemingen zijn verplicht om de gefactureerde bedragen van ziekenhuizen mee te delen aan de Federale Overheidsdienst Economie en de Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen (CBFA). Voor de berekening van de medische index door de Federale Overheidsdienst Economie wordt er een onderscheid gemaakt tussen:

- waarborgtypes: eenpersoonskamers, twee- en meerpersoonskamers, ambulante zorgen en tandverzorging;
- leeftijdsklassen: 0 tot 19 jaar, 20 tot 34 jaar, van 35 tot 49 jaar, van 50 tot 64 jaar, ouder dan 65 jaar.

Het gaat dus niet over één medisch index maar over meerdere indexen volgens waarborgtype en leeftijdsklasse. De medische indexen zullen per trimester gepubliceerd worden.

¹ Wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

² Wet van 17 juni 2009 tot wijziging, wat de ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en van de wet van 20 juli 2007 tot wijziging, wat de private ziekteverzekeringsovereenkomsten betreft, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

³ Koninklijk besluit van 1 februari 2010 tot vaststelling van de specifieke indexcijfers bedoeld in artikel 138bis-4, § 3, van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst

De resultaten van de berekening van de medische index werden voor het eerst gepubliceerd op 26 februari 2010. Ze zijn beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Economie (klik op statistieken en cijfers en vervolgens in de linkerkolom op gezondheidssector en medische index): http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/economie/gezondheidssector/medische_index/index.jsp.

Met deze nieuwe wetgeving kunnen verzekeringsondernemingen hun premies voor hospitalisatieverzekeringen enkel nog op de volgende 3 manieren verhogen:

- op basis van de index van de consumptieprijzen;
- op basis van de nieuwe medische index;
- na toestemming van toezichthouder CBFA indien de verzekeringsonderneming in financiële moeilijkheden verkeert.

TWEE BELANGRIJKE BEMERKINGEN BIJ DE NIEUWE INDEX EN HET SYSTEEM VOOR PREMIESTIJGINGEN

De nieuwe medische index wordt gebaseerd op de schadelast van de verzekeraars via ziekenhuisfacturen. De eerste bemerking is dan ook dat de gegevens, die de verzekeraars aanleveren, grondig gecontroleerd moeten worden door onafhankelijke instanties. Uit een voormalige studie van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over een medische index, werd bijvoorbeeld aangegeven dat de cijfers van de verzekeraars onbetrouwbaar waren.⁴

De tweede bemerking is dat de CBFA een grote bevoegdheid toegewezen krijgt. Indien de verzekeraar in financiële problemen zou verkeren, dan kan hij ondanks de medische index toch nog toestemming krijgen van de CBFA om een premiestijging door te voeren. De vraag is of de CBFA bij dergelijke aanvragen niet meer oog zal hebben voor het economisch belang van de verzekeraar dan voor het belang van de consument.

De medische index is een complexe materie. Uit de praktijk zal moeten blijken of deze index de forse premiestijgingen van de afgelopen jaren eindelijk zal kunnen inperken.

RECHTSZAKEN TEGEN DE MEDISCHE INDEX

Momenteel vecht Test-Aankoop de medische index aan bij het Grondwettelijk Hof en de Raad van State. Het klaagt onder andere de grote macht van de CBFA aan om toch premiestijgingen toe te laten en het feit dat prijsstijgingen kunnen toenemen op basis van leeftijd. Dat is discriminerend.

Ook de verzekeringssector is ontevreden over de medische index en stapte op zijn beurt naar het Grondwettelijk Hof en de Raad van State. Zij betreuren het feit dat vergrijzingsreserves niet opgenomen worden in de medische index en vinden de medische index ontoereikend om hun kosten te dekken.

ILLEGALE PREMIESTIJGINGEN

DKV verhoogde op 1 januari 2010 de premie voor haar hospitalisatieverzekering met waarborgtype eenpersoonskamers met 7,84%. Omdat DKV geen toestemming kreeg van de CBFA voor deze premiestijging, is deze verhoging illegaal. Dat werd bevestigd door de Minister bevoegd voor Verzekeringen, Didier Reynders.

⁴ KCE, *Het opstellen van een medische index voor private ziekteverzekeringsovereenkomsten*, KCE reports 96A, 2008, p. vi.

DKV blijft haar beslissing echter verdedigen en overlegt hierover met de CBFA. Als zij uiteindelijk ongelijk zouden krijgen, hebben zij beloofd om de verhoging terug te betalen aan hun klanten.

PREMIESTIJGINGEN BEROEPSGEBONDEN HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN

De medische index is niet van toepassing op beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen (de collectieve verzekeringen) en biedt dus geen oplossing voor forse premiestijgingen van dit type verzekeringen. Verschillende van deze beroepsgebonden hospitalisatieverzekeringen zijn echter verlieslatend omdat zij door de verzekeringsonderneming jarenlang te goedkoop aan bedrijven werden aangeboden.

Op basis van klachten merkt het VPP dat sommige verzekerden met een collectieve hospitalisatieverzekering via de werkgever vandaag het slachtoffer zijn van financieel wanbeheer van deze beroepsgebonden polissen. Sommige verzekeringsondernemingen proberen de verlieslatende beroepsgebonden polissen nu immers te recupereren via forse premiestijgingen waarvan vooral 65-plussers de dupe zijn.

Personen die over een beroepsgebonden hospitalisatieverzekering beschikken, kunnen bovendien niet van de gedragscode hospitalisatieverzekeringen genieten omdat het hier contracten betreft die door de (oud-)werkgever werden afgesloten en dezelfde inhoud hebben voor alle (oud-)werknemers. Zij kunnen dus geen alternatieve, goedkopere polis aanvragen op basis van deze gedragscode.

Het Vlaams Patiëntenplatform vraagt aandacht voor deze problematiek van de overheid en eist dat de verzekeringssector haar verantwoordelijkheid neemt.

HET FARMACEUTISCH DOSSIER

WETTELIJKE VERPLICHTE GEGEVENS BIJ JE APOTHEKER

De apotheker houdt al langer heel wat patiëntengegevens bij. De wettelijk verplichte administratieve gegevens en de afleveringen op voorschrift vormen het absolute minimum van het farmaceutische dossier. Deze medicatiehistoriek is voor je apotheker een onmisbaar hulpmiddel voor het opsporen en vermijden van geneesmiddelgebonden problemen, dubbelmedicatie, onvoldoende therapietrouw, enz.

De historiek moet bij elke verstrekking worden bijgewerkt en gedurende minstens twaalf maanden worden bijgehouden. De registratie van deze wettelijke verplichte gegevens kan je als patiënt niet weigeren.

Daarnaast mag je apotheker nog bijkomende gegevens registreren die belangrijk zijn voor een optimale farmaceutische zorg. Ook dit is niet nieuw. Veel apothekers doen dit al en registreren afleveringen zonder voorschrift en bijkomende gegevens over de patiënt (contactgegevens, allergieën, gekende chronische aandoeningen, contra-indicaties,...).

WAT IS NIEUW?

Nieuw is dat de verplichtingen en mogelijkheden van de apotheker nu duidelijk omschreven zijn en dat het ook voor patiënten duidelijk wordt welke gegevens er (kunnen) worden geregistreerd en wat hun rechten zijn.

- Het registreren van de bijkomende (niet wettelijk verplichte) gegevens veronderstelt een (stilzwijgende) akkoord van de geïnformeerde patiënt. Het uitgangspunt is dat je als patiënt akkoord gaat tenzij je uitdrukkelijk weigert en dit ook schriftelijk bevestigt. Hoewel de registratie van voorschriftvrije geneesmiddelen niet wettelijk verplicht is, is het wel noodzakelijk voor een verantwoorde aflevering van geneesmiddelen of om geneesmiddelengebonden problemen op te sporen.

- Als patiënt kan je per product weigeren dat de aflevering in je farmaceutisch dossier wordt opgenomen.
- Ook heb je het recht om je gegevens in te kijken en voor zover wettelijk toegelaten te verbeteren of te verwijderen.
- Als je apotheker je een afschrift meegeeft kan hij je vragen dit schriftelijk te bevestigen.

VRAAG VAN VPP AAN APOTHEKERS

Het VPP vroeg de Algemene Pharmaceutische Bond o.a. om patiënten zowel mondeling als schriftelijk te informeren over het farmaceutisch dossier.

Op dit ogenblik is er nog geen uitwisseling van patiëntengegevens tussen de apotheker en zorgverleners voorzien. Het VPP vroeg wel om betrokken te worden als er plannen hierover op tafel komen.

Bron: Apothekersblad januari 2010 en februari 2010

OVERLEGCOMITÉ EHEALTH-PLATFORM

WAT IS HET EHEALTH-PLATFORM?

Het eHealth-platform is een openbare instelling die een veilige elektronische informatie-uitwisseling wil bevorderen en ondersteunen tussen artsen, ziekenhuizen, apothekers, patiënten, e.a. met respect voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en voor het medisch beroepsgeheim. Bedoeling is om daardoor o.a. de kwaliteit van de gezondheidszorgverstrekking te optimaliseren en de administratieve werklast voor alle actoren te verlagen.

Versillende stakeholders en gebruikers van het e-Health-platform worden vertegenwoordigd binnen een overlegcomité.

PATIËNTEN VERTEGENWOORDIGD IN HET OVERLEGCOMITÉ

Zowel het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) als de Franstalige collega la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS) voorzien een afvaardiging voor het overlegcomité. Hier zal het VPP haar standpunt over het elektronisch patiëntendossier en de uitwisseling van medische gegevens duidelijk maken en bepleiten. Onze standpunttekst daarover kan je terugvinden op www.vlaamspatientenplatform.be.

SAMENSTELLING

Op 14 januari 2010 verscheen het Koninklijk Besluit dat de vertegenwoordigers bepaalt die voor de gebruikers in het overlegcomité van e-Health zitten. Het zijn vertegenwoordigers van

- de ziekenfondsen (zeven);
- de zorgverleners van de verzorgingsinstellingen (negen);
- de patiënten (vier);
- de instellingen van de sociale zekerheid (zes);
- Volksgezondheid (twee);

- Sociale Zaken (één);
- het Kenniscentrum (één);
- het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (één).

Daarnaast zijn er acht leden met adviserende stem:

- namens de Federale Overheidsdienst Informatie- en Communicatietechnologie;
- namens de Dienst voor Administratieve Vereenvoudiging;
- zes leden met ervaring in e-Health voor de regio's.

MOEILIK TE BETALEN GEZONDHEIDSKOSTEN

In het voorjaar van 2009 nam Test-Aankoop een enquête over gezondheidskosten af bij 740 mensen tussen 25 en 74 jaar. Deze groep vormde een goede afspiegeling van de Belgische bevolking op vlak van leeftijd, geslacht, woonplaats en opleidingsniveau.

FRAPPERENDE CIJFERS

Vele bevrageden gaven aan af te zien van zorg omwille van kosten. Zo liep het aantal gezinnen dat een lopende behandeling stopzette op tot 8% en stelde 26% een behandeling uit wegens financiële problemen.

Daarbij zijn er bijzonder kwetsbare groepen: van de bevragede gezinnen waarvan één gezinslid aan een chronische ziekte lijdt, is er 47% die problemen heeft om behandelingen te bekostigen. Bij de eenoudergezinnen gaat het zelfs over 61%.

Ook zijn er grote regionale verschillen: 23% van de Vlamingen kampt met problemen om zorg te bekostigen, 39% van de Walen en 51% van de Brusselaars.

Meer dan een vierde geeft aan dat uitstel of stopzetting van behandelingen een grote impact heeft op de gezondheidstoestand en het gezinsleven. Meer dan een derde spreekt van een grote impact op vlak van werk of school en sociale activiteiten.

Meest uitgestelde zorgen	Meest stopgezette zorgen	Grote financiële eigen kosten in de gezondheidszorg
Tandverzorging	Tandzorg	Chirurgische ingrepen
Oogzorg	Revalidatie	Zwangerschap en bevalling
	Psychologische en psychiatrische bijstand	Verzorging bij chronische ziekte
		Psychologische en psychiatrische hulp
		Revalidatie
		Oogzorg
		Tandverzorging
		Geneesmiddelen
		Consultaties
		Orthopedische zorg

WAT DOEN MENSEN ALS DE ZORG NIET UIT TE STELLEN VALT?

De bovenstaande cijfers vertellen nog niet alles. Zo bleek uit de enquête dat 6% van alle huishoudens het afgelopen jaar geld leende om gezondheidszorgen te bekostigen. Niet minder dan een derde van de eenoudergezinnen kiest voor deze oplossing, maar ook bijna een vijfde van de begunstigden van een verhoogde tegemoetkoming van het ziekenfonds, gezinnen met een laag inkomen en gezinnen met een chronisch ziek gezinslid. Er wordt in de eerste plaats bij familieleden geleend om de verzorgingsfacturen te betalen. Anderen zijn genoodzaakt aan te kloppen bij de bank of het OCMW. Een deel van de ontleners heeft nadien veel moeilijkheden om het geld terug te betalen.

STIJGEND PERSOONLIJK AANDEEL

Het aandeel dat door de patiënt betaald moet worden, blijft in België almaar stijgen. Het is ondertussen zelfs één van de hoogste in Europa. Dit komt volgens Test-Aankoop vooral door de medische kosten voor huisarts, tandarts en paramedische verstrekkers buiten de ziekenhuiscontext, maar ook door de kosten voor geneesmiddelen en therapeutische uitrustingen.

Driekwart van de Belgische bevolking zou een hospitalisatieverzekering hebben, hetzij via het ziekenfonds, hetzij via een privéverzekeraar. Helaas zijn diegenen die een dergelijke reddingsboei nodig hebben, ook degenen die hem niet kunnen betalen.

Bron: Test Gezondheid februari/maart 2010

INTENTIEVERKLARING TUSSEN VDAB, GTB EN ZIEKENFONDSEN

De Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB), de Gespecialiseerde Trajectbepalings- en Begeleidingsdienst (GTB) en de ziekenfondsen slaan met een intentieverklaring over maatwerk voor personen met een arbeidshandicap de handen in elkaar om meer mensen met een arbeidshandicap (waaronder ook mensen met een chronische ziekte) aan de slag te krijgen.

Personen met een arbeidshandicap hebben een beperking waardoor ze moeilijker een job vinden of behouden. Ook heel wat personen met een chronische ziekte maken deel uit van de groep personen met een arbeidshandicap. Als je ziek wordt, kan je deelname aan de arbeidsmarkt in het gedrang komen. Chronisch ziek betekent echter niet noodzakelijk dat je volledig inactief wordt op de arbeidsmarkt. Toch ondervinden heel wat mensen met een chronische ziekte of aandoening problemen om te blijven werken en moeilijkheden om een gepaste job te vinden.

In 2007 bedroeg de werkzaamheidsgraad van personen met een arbeidshandicap 42.2%. Dit staat in schril contrast met de gemiddelde werkzaamheidsgraad van 65.6% in Vlaanderen anno 2007 (Enquête naar arbeidskrachten 2007). Het doel van de intentieverklaring is om personen met een ziekte-uitkering beter te activeren. Hierbij wordt een ruime visie op werk gehanteerd waarbij rekening wordt gehouden met de problematiek van de persoon: zowel voltijds werk, deeltijds werk, beschutte tewerkstelling als arbeidszorg worden in rekening gebracht.

Concreet verklaren de VDAB en GTB dat ze actief beroep gaan doen op de adviserend geneesheren als expert in arbeidsongeschiktheid. De adviserend geneesheren en de medewerkers van de sociale diensten van de mutualiteiten zullen het aspect 'werk' zo vroeg mogelijk in het traject aan de orde stellen en hiervoor actief beroep doen op de diensten van VDAB en GTB.

Voor meer informatie kan je terecht bij liesbeth.lemmens@vlaamspatientenplatform.be of 016/23 05 26.

UITBREIDING VAN HET ACTIVA-SYSTEEM VOOR MENSEN MET EEN ARBEIDSHANDICAP

WAT IS HET ACTIVA-SYSTEEM?

Het Activa-systeem moet het voor werkgevers aantrekkelijker maken om kansengroepen op de arbeidsmarkt aan te trekken. Het systeem 'activeert' de werkloosheidsuitkering doordat de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (RVA) gedurende een welbepaalde tijd het nettoloon van de werknemer subsidieert, zodat de loonkost voor de werkgever vermindert. Gelijktijdig worden meestal ook de werkgeversbijdragen vermindert. Het uiteindelijke doel is dat de werknemer na inschakeling en opleiding zijn betrekking kan behouden, ook nadat de voordelen voor de werkgever beëindigd zijn.

ACTIVA VOOR MENSEN MET EEN ARBEIDSHANDICAP

Vanaf 1 april 2010 komen ook werkzoekenden met een arbeidshandicap in aanmerking voor de activa-maatregel waarbij 500 EUR van het nettosalaris gesubsidieerd wordt en dit gedurende 2 jaar. De werkzoekende met een arbeidshandicap komt al na één dag werkloosheid in aanmerking voor de maatregel.

WIE KOMT IN AANMERKING?

Er zijn vier groepen werkzoekenden met een arbeidshandicap die voor de activa-maatregel in aanmerking komen:

- personen die zijn ingeschreven bij de regionale diensten voor personen met een handicap;
- personen die genieten van een vervangingsinkomen of een integratietegemoetkoming;
- personen die werken in een beschutte werkplaats of een sociale werkplaats;
- personen met een permanente arbeidshandicap van minstens 33% toegekend door de RVA.

Bron: persbericht van de ministerraad 26 februari 2010

VERS GEperst

DE RECHTENVERKENNER TOEGANKELIJKER

De rechtenverkenner is een website die je informeert over sociale rechten van de verschillende overheden (federale, Vlaamse, provinciale en lokale). Je kan de rechtenverkenner doorzoeken op thema, doelgroep, in een alfabetisch totaaloverzicht, met trefwoorden en door je persoonlijk profiel samen te stellen. Eens dat gebeurd is, geeft de rechtenverkenner je een overzicht van de voor jou relevante rechten. De productfiches in de rechtenverkenner bevatten gedetailleerde en bevattelijke informatie over elk recht: een omschrijving, wat de voorwaarden zijn, hoe de aanvraagprocedure verloopt en welke documenten nodig zijn om het recht te verkrijgen.

Om op de portaalsite van de Vlaamse overheid www.rechtenverkenner.be na te gaan welke rechten voor jou relevant zijn, moet je voorlopig nog heel wat persoonlijke informatie invoeren. Door een wijziging van

het decreet over het lokaal beleid mag je die stap binnenkort overslaan. Met je identiteitskaart kan je de persoonlijke gegevens die je nodig hebt (en alleen die) ophalen en gebruiken in jouw profiel van de rechtenverkenner. Zo kan je zelf heel vlot een rechtenonderzoek uitvoeren en proactief nagaan wat jouw rechten zijn.

Om armoede te bestrijden en het zorgaanbod toegankelijk te houden wil de Vlaamse regering rechten waar mogelijk automatisch toekennen.

Bron: Persmededeling Vlaamse Regering 11 december 2009

DE GROENE LIJN GEEFT GRATIS INFORMATIE AAN MENSEN MET EEN HANDICAP

Sinds de oprichting in 2005 kent het contact center van de Directie-generaal Personen met een handicap (DGPH) een enorm succes. Zo behandelde het in 2009 meer dan 530 000 oproepen. Mensen met een handicap bellen met vragen over hun rechten, hun aanvragen, dossiers of brieven.

Ondanks de vele inspanningen is het contact center echter niet altijd in staat om op elk moment het hoofd te bieden aan de toestroom van oproepen. Deze situatie leidt soms tot lange wachttijden voor gebruikers.

“Het gratis groen nummer is een stap vooruit naar een optimale toegankelijkheid van de diensten van de DGPH. Iedereen die een vraag heeft over zijn of haar rechten, kan die nu gratis stellen. Dit is geen overbodige luxe gezien heel wat aanvragers zich in een moeilijke financiële situatie bevinden!”, legt staatssecretaris Delizée uit.

Het oude nummer (02/507 87 99) werd op 1 maart vervangen door het gratis nummer 0800 987 99. Het contact center is elke werkdag telefonisch bereikbaar tussen 8u30 en 16u30. Mailen kan naar HandiN@minsoc.fed.be.

Bron: Persbericht Jean-Marc Delizée 26 februari 2010 en handiflash 1 maart 2010

INZET VAN ANTIDEPRESSIVA

Eén op vijf 75-plussers blijkt antidepressiepillen te slikken. Onder bewoners van rust- en verzorgingstehuizen is het gebruik van antidepressiva nog veel hoger; bijna de helft gebruikt ze. Een kwart combineert deze pillen bovendien met slaap- of kalmeringspillen. ‘Blijkbaar is de emotionele nood bij bewoners van rusthuizen hoog en hebben we daar als samenleving maar één antwoord op: pillen.’ Stephan Claes, professor aan de KU Leuven en coördinator van de denktank Metaforum vat hun aanbevelingen samen: ‘doelmatiger inzetten van psychofarmaca’.

‘Er zijn nog altijd mensen met ernstige symptomen die geen of niet de juiste medicijnen krijgen. Aan de andere kant zijn er de vele mensen die lijden onder stress of prestatiedruk of een milde vorm van depressie, en bij wie medicijnen de snelste en makkelijkste oplossing lijken, maar niet de beste of enig mogelijke oplossing zijn.’ Hij noemt ‘counseling’ door huisartsen en psychotherapie als waardige alternatieven bij mildere vormen van emotionele stoornissen. ‘Maar ze genieten niet altijd de voorkeur van de patiënt.’ Ook is het problematisch dat therapie zo duur is. Terugbetaling blijft echter onmogelijk zolang de titel van “psychotherapeut” niet erkend is. Ook dat is een aanbeveling van Metaforum.

Behalve de ouderen vormen ook jongeren voorwerp van extra bezorgdheid. ‘Meer dan de helft van deze leeftijdsgroep krijgt zo’n medicijn voor het eerst op voorschrift van de huisarts.’ Metaforum pleit ervoor dat dit voorbehouden blijft aan kinderpsychiaters en –neurologen.

Middel	Percentage Belgen dat in 2008 minstens 1 voorschrift kreeg	Percentage van verbruik in 2008 t.o.v. 1998
Antidepressieva	13	+ 100
Antipsychotica	3.4	+ 77
Slaapmiddel of een ander kalmeringsmiddel	9.4	
Stimulantia (middelen tegen ADHD)	1.8 van de kinderen tussen 6 en 17 jaar	+ 700

Bron: De Standaard 9 maart 2010

DIKKERDS AAN DE SCHANDPAAL

Tweeënveertig centimer. Wie breder door het leven gaat, moet bij enkele luchtvaartmaatschappijen voortaan een tweede zitplaats vragen en betalen. In de Verenigde Staten en Australië bestaat die obesitaks al langer, in Europa is hij nieuw. Minister van Gelijke Kansen Joëlle Milquet reageerde ferm. Pure discriminatie, vond ze.

Jean-Paul Allonsius is ervaringsdeskundige. De man knokte keihard tegen de kilo's. Met succes: hij viel 45 kilogram af. Alleen blijft er nog altijd 140 kilogram over. 'Niemand die vermoedt dat ik zo mijn best doe.' Allonsius is oprichter en voorzitter van Bold, de Belgische vereniging voor obese patiënten. De obesitaks vindt hij ongehoord. In naam van Bold stelde hij vorige week al een parlementaire vraag aan minister van Gelijke Kansen Joëlle Milquet. 'Ze heeft beloofd er alles aan te doen dat die taks bij ons niet wordt ingevoerd. Ook wil ze het punt, zodra België en het Europese voorzitterschap heeft, op de Europese agenda zetten. De Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Unie hebben obesitas officieel erkend als ziekte. Dan zijn zulke maatregelen toch schandalig?'

Bold is strijdlustig. Op dit moment onderzoekt het ook samen met het Centrum voor Gelijkheid van kansen en racismebestrijding of de obesitaks niet in strijd is met de anti-discriminatiewet. 'In sommige gevallen kan obesitas als handicap worden beschouwd', zegt Jozef De Witte. 'En dan is de anti-discriminatiewet van toepassing. Dan moet elke werkgever, elke leverancier van goederen en diensten, voorzien in een redelijke aanpassing. Een hellend vlak voor een rolstoelpatiënt is zo'n bekend voorbeeld. In dat opzicht zou het kunnen dat een luchtvaartmaatschappij zelfs in ruimere zetels moet voorzien voor zwaarlijvige mensen. Ook een zwaarlijvige passagier heeft tenslotte het recht om het vliegtuig te nemen tegen een normaal tarief.'

Bron: De Standaard 8 februari 2010

HOE SCHITTEREND ONDERZOEK VERPRUTST WORDT

Er wordt veel en degelijk studiewerk geleverd om het gezondheidsbeleid te ondersteunen. Meer en beter dan algemeen gedacht, zo blijkt uit het jongste rapport van het Rekenhof. Maar het zegt dat de organisatie daarvan zo ondermaats is, dat van al dat schitterend onderzoek weinig 'terecht komt'. Dat is niet omdat iemand het verkeerd voorheeft, wel omdat niet gecoördineerd opgetreden wordt. Met andere woorden 'omdat er geen visie en geen strategie is'.

Ook de politieke top heeft de beste bedoelingen. 'Alle opeenvolgende ministers hechtten groot belang aan wetenschappelijk onderzoek, maar zonder er een strategie voor te ontwikkelen.' En daar schort het aan. Het bewijs van de goede bedoelingen van al die ministers is dat ze haast allemaal een nieuw orgaan oprichten om het onderzoek of de resultaten ervan...beter te coördineren.

Het Rekenhof brengt vijf beleidsondersteunende onderzoeksinstanties in kaart: de ziekteverzekering (RIZIV), de FOD Volksgezondheid, de FOD Sociale Zekerheid, het Kenniscentrum Gezondheidszorg (KCE) en het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid (WIV). Het liet er minstens evenveel buiten beschouwing. De toestand is dus nog erger dan beschreven. Maar wat beschreven is, is al erg. De FOD Volksgezondheid heeft in zijn eentje al tachtig wetenschappelijke commissies, raden en instanties die beleidsondersteunend studiewerk doen. De ziekteverzekering heeft er zeker zestig.

Volgens het Rekenhof moeten twee functies gescheiden worden nl. deze van objectief studiewerk om beleid te onderbouwen in 'het algemeen belang' en overleg tussen belangengroepen. Nu zijn het dezelfde personen die beide functies voor hun rekening nemen.

Veel van het onderzoek dat gebeurt, haakt in op concrete problemen, zegt het Rekenhof. Dat is goed. Maar de grote thema's en doelstellingen verdwijnen dan van het scherm. Het stipt 'equity' aan: de mate waarin gelijke gezondheidsresultaten bereikt worden in de gehele bevolking. In het buitenland is dat vandaag een hot issue. In België is dat een verantwoordelijkheid van iedereen en dus is niemand er echt verantwoordelijk voor', aldus het Rekenhof.

Bron: De Standaard 19 februari 2010

