

TIJDSCHRIFT

Afzendadres: Vlaams Patiëntenplatform vzw - Groeneweg
151 - 3001 Heverlee
v.u. G. Reynders-Broos – Winegemsteenweg 70 Bus 005
– 2970 's Gravenwezel
- nummer 44 - september 2008 - verschijnt per jaar in jan-
ma- jun- sept en nov
Afgiftekantoor 3000 - Leuven Mail
Erkeningsnummer: P2A8311

NIEUWSBRIEF

JE PATIËNTENDOSSIER VOORTAAN ELEKTRONISCH?

Misschien heb je het al gemerkt: je huisarts die je symptomen intoetst op de computer, scans of foto's van een medisch lab die hem via e-mail bereiken? De elektronisering van de gezondheidszorg is in opmars. Vandaar dat op 18 juli 2008 een wet is goedgekeurd die de oprichting van het eHealth-platform tot doel heeft.

HET EHEALTH-PLATFORM: WAT IS HET?

Het eHealth-platform moet er voor zorgen dat het elektronisch doorsturen van patiëntendossiers, scans, medicatievoorschriften, ... op een beveiligde en vlotte manier kan gebeuren. Het is een netwerk waarlangs alle actoren van de gezondheidszorg via elektronische weg informatie kunnen uitwisselen. Deze trend van elektronische opslag en uitwisseling van medische gegevens brengt mogelijke voordelen zoals een efficiëntere uitwisseling van patiëntgegevens met zich mee.

AANDACHTSPUNTEN VOOR HET VLAAMS PATIËNTENPLATFORM VZW

Ondanks de mogelijke voordelen van het eHealth-platform voor patiënten blijft waakzaamheid nodig! Het Vlaams Patiëntenplatform vzw vindt het belangrijk dat:

- jouw privacy ten volle gerespecteerd wordt bij het doorsturen van medische informatie;
- je op een vlotte manier inzage kan krijgen in je elektronisch patiëntendossier;
- er duidelijke afspraken komen over welke zorgverstrekkers toegang hebben tot jouw elektronische patiëntendossier. Je moet ook op een gemakkelijke manier kunnen nagaan welke zorgverlener op welk tijdstip je elektronische dossier heeft ingekeken;
- je als patiënt je expliciete toestemming geeft voordat zorgverleners je dossier mogen raadplegen.

Deze bezorgdheden werden reeds overgemaakt aan het kabinet van Minister Onkelinx en aan verschillende parlementsleden. Wij houden je op de hoogte!

DENKDAG PATIENTENRECHTEN OP ZATERDAG 15 NOVEMBER 2008

Sinds 2002 heb je als patiënt rechten: je kan vrij je arts kiezen, je kan je dossier inkijken, je hebt recht op informatie, recht op bescherming van je privacy, ... Als één van je rechten niet nageleefd wordt, kan je klacht neerleggen. Maar worden je rechten als patiënt wel altijd gerespecteerd en hoe kan je ze in de praktijk uitoefenen? Op onze denkdag belichten we twee patiëntenrechten.

HET RECHT OP INZAGE IN JE PATIËNTENDOSSIER

Artsen werken steeds meer met een elektronisch patiëntendossier. Een elektronisch patiëntendossier kan makkelijker en sneller uitgewisseld worden tussen zorgverleners. Dit betekent echter niet dat iedereen die binnen de gezondheidszorg werkt zo maar je dossier moet kunnen inzien.

Enkele concrete vragen die behandeld zullen worden zijn:

- Welke zorgverleners hebben het recht om het (elektronisch) patiëntendossier te bekijken?
- Welke medische gegevens van de patiënt mogen zorgverleners raadplegen en wanneer? Mogen zij bijvoorbeeld altijd over alle informatie van een patiënt beschikken? Wat met bijvoorbeeld vertrouwelijke informatie (depressie, abortus,...) van een patiënt? Is deze informatie relevant voor een kinesist die in een ziekenhuis werkt?
- Op welke manier willen patiënten resultaten van medische onderzoeken te horen krijgen? Welke bijkomende inlichtingen wensen zij bijvoorbeeld te krijgen wanneer een arts resultaten van scans, bloed- en urinestalen, ... via e-mail naar hen doorstuurt?

HET RECHT OM KLACHT NEER TE LEGGEN

Voor een klacht tegen een zorgverlener die in een ziekenhuis werkt, kun je terecht bij de ombudsdienst van het ziekenhuis. Deze ombudsdienst werkt echter voor het ziekenhuis en wordt daarom door patiënten met een klacht niet altijd als onafhankelijk beschouwd.

Voor een "ambulante klacht" over je huisarts, apotheek, tandarts, verpleging aan huis, ... bestaat er geen specifieke ombudsdienst. Met zulke klachten moet je naar de Federale Ombudsdienst van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt". Deze dienst bevindt zich echter in Brussel. Voor mensen die ver van Brussel wonen, kan het neerleggen van een klacht daarom een belemmering zijn. Een klacht volledig via telefoon uitleggen is overigens ook niet altijd gemakkelijk.

Op **zaterdag 15 november 2008** organiseert het Vlaams Patiëntenplatform vzw een denkdag om samen met jullie de elektronisering van onze medische informatie en het klachtrecht te bekijken.

Een uitnodiging voor deze denkdag wordt begin oktober aan de ledenverenigingen bezorgd! Hou deze datum alvast vrij.

POSITIEVE EN NEGATIEVE ERVARINGEN MET CARA

WAT IS CARA?

CARA is een afdeling van het Belgisch Instituut voor Verkeersveiligheid. Je wordt er naar doorverwezen wanneer je door een aangeboren letsel, ziekte of een ongeval moeite hebt met het besturen van een motorvoertuig (bromfiets, motorfiets, auto, vrachtwagen of bus). CARA moet je rijgeschiktheid nagaan. Het beschikt over een team van artsen die onderzoeken of je medisch in staat bent om een motorvoertuig te besturen. Er werken ook deskundigen die bekijken of je eventueel aanpassingen nodig hebt aan je

motorvoertuig om het veilig te kunnen besturen. Voor meer info over CARA: <http://www.bivv.be/main/Rijbewijs/Rijgeschiktheid>

ERVARINGEN MET CARA

Naar aanleiding van enkele klachten over CARA zijn we op zoek naar meerdere getuigenissen over ervaringen met deze instantie. Tot nu toe werkte het Vlaams Patiëntenplatform vzw wat betreft tijdelijke rijbewijzen enkel rond de kostprijs van de hernieuwing. Recente klachten maken echter duidelijk dat het probleem breder is. We ontvingen onder andere klachten over:

- lange wachttijden voor een afspraak bij CARA;
- lange wachttijden alvorens er een aangepaste auto beschikbaar is voor de rijlessen bij een officiële rijsschool;
- administratieve rompslomp: ieder jaar opnieuw de medische historiek bezorgen aan CARA;
- bezorgdheden over privacy: in hoeverre mag de instructeur het medische dossier inkijken;
- gebrekkige communicatie.

Herken je één van deze klachten of heb je nog andere bemerkingen over de werking van CARA? Laat het ons dan weten via telefoon (016 23 05 26) of mail (roel.heijlen@vlaamspatientenplatform.be).

Jouw getuigenis zal ons een breder inzicht in de problematiek verschaffen en ervoor zorgen dat we beleidsmakers attent kunnen maken op het belang van een toegankelijker procedure. Het kunnen beschikken over een rijbewijs vergroot immers de handelingsvrijheid van iedere persoon.

VERGELIJKING VAN HOSPITALISATIEVERZEKERINGEN AANGEBODEN DOOR ZIEKENFONDSEN

Sinds de gewijzigde ziekenfondswet van mei 2007 mogen ziekenfondsen hun leden de toegang tot hun hospitalisatieverzekering niet weigeren. Dit recht op aansluiting geldt ook voor een chronisch zieke of voor een persoon met een handicap. Er is één uitzondering: de betrokken persoon mag niet ouder zijn dan 65 jaar, tenzij hij bij zijn vorige ziekenfonds reeds aangesloten was bij een hospitalisatieverzekering en in orde was met zijn bijdragen. Zo heeft iedereen de mogelijkheid om van ziekenfonds te veranderen.

De hospitalisatieverzekeringen van ziekenfondsen zijn voortaan ook verplicht tussen te komen in de kosten die verbonden zijn aan een reeds bestaande aandoening of ziekte. Het ziekenfonds mag daarvoor geen hogere bijdrage vragen. De enige beperkingen, die nog toegelaten zijn, betreffen:

- beperkingen of uitsluitingen van de kosten van de supplementen in een éénpersoonskamer;
- het vervangen van de tussenkomst op basis van de werkelijke kosten door een vast bedrag (=forfaitaire vergoeding), waarvan het minimumbedrag wordt bepaald bij Koninklijk Besluit. Dit vast bedrag kan al dan niet in de tijd worden beperkt.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw maakte tijdens de zomerperiode een vergelijking van de hospitalisatieverzekeringen van de mutualiteiten op een aantal interessante punten. Voor een volledige vergelijking blijft het echter belangrijk rekening te houden met de premies. Die kunnen verschillen van ziekenfonds tot ziekenfonds!

LEGENDE

- CM: Christelijke Mutualiteit
- SocMut: Socialistische Mutualiteit
- LM: Liberale Mutualiteit
- Onafhankelijke Mutualiteiten: Partena, Securex, Euromut, Onafhankelijk Ziekenfonds
- V&NZ: Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

1. ZIEKENHUISDIENSTEN WAARVOOR ER EEN BEPERKTE DEKKING GELDT

Voor welke ziekenhuisdiensten wordt de tegemoetkoming via de hospitalisatieverzekering beperkt?

<p>CM: hospitaalplan</p> <p>Alle ziekenhuisdiensten worden vergoed, geen beperkingen.</p>	<p>SocMut: Kliniplan</p> <p>Tegemoetkoming beperkt tot 30 dagen per rechthebbende en per aansluitingsjaar: dienst voor geriatrie en revalidatie, cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen</p>
<p>Onaf. Mut: Hospitalia</p> <p>Tegemoetkoming voor volgende diensten geldt ten hoogste 50 dagen. Bij een nieuwe ziekenhuisopname is er slechts een tegemoetkoming voor zover er een periode van minimum 6 dagen verstreken is: geriatrie, cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologie met verlengde medische zorgen</p>	<p>Onaf. Mut: Hospitalia plus</p> <p>Er gelden geen beperkingen bij Hospitalia plus</p>
<p>LM: Hospitaal-Plus</p> <p>Tussenkost beperkt tot maximum 380 euro per kalenderjaar: dienst geriatrie en revalidatie, cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologieën met verlengde medische zorgen</p>	<p>V&NZ: HospiPlan</p> <p>Tussenkost beperkt tot 1000 euro per kalenderjaar voor: kraamdienst, geriatrie en revalidatie, cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologie met verlengde medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen</p>
<p>V&NZ: HospiPlus</p> <p>Tussenkost beperkt tot 2000 euro per jaar: kraamdienst, geriatrie en revalidatie, cardiopulmonaire aandoeningen, locomotorische aandoeningen, neurologische aandoeningen, dienst chronische aandoening, chronische aandoening met palliatieve zorgen, chronische polypathologie met verlengde medische zorgen, psychogeriatrische aandoeningen</p>	

2. DE EXTRA WAARBORG AMBULANTE KOSTEN ERNSTIGE ZIEKTEN

Naast een basiswaarborg bij ziekenhuisopname kan een hospitalisatieverzekering uitgebreid worden met een extra dekking, namelijk het dekken van de kosten van ambulante verzorging van een ernstige ziekte. Voorwaarde is meestal dat er voor de medische zorgen een wettelijke RIZIV-tussenkost voorzien is en dat de verzorgingskosten rechtstreeks verband houden met een van de opgesomde ziektes.

Voor welke ernstige ziekten worden de ambulante kosten gedekt?

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan
Kwaadaardig tumoren (bv.kanker), kwaadaardige bloedziekten (bv. leukemie, Hodgkin), MS, ALS, Parkinson, meningitis, encefalitis poliomyelitis, aids, brucellose, cholera, levercirrose t.g.v. hepatitis, pokken, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur, sarcoïdose, diabetes type I, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, mucoviscidose en systeemsclerodermie met orgaanaantasting	Kanker, leukemie, Hodgkin, MS, ALS, Parkinson, meningitis, encefalitis poliomyelitis, aids, brucellose, cholera, levercirrose t.g.v. hepatitis, pokken, TBC, mazelen, rode hond, rode vonk, tetanus, tyfus, buiktyfus, difterie, miltvuur, sarcoïdose, diabetes, nieraandoeningen met noodzaak tot nierdialyse, Kahler
Onaf. Mut: Hospitalia	Onaf. Mut: Hospitalia plus
Geen waarborg ambulante kosten ernstige ziekten	Kanker, leukemie, Parkinson, Hodgkin, Alzheimer, aids, TBC, MS, ALS, cerebrospinale meningitis, poliomyelitis, progressieve spierdystrofie, encefalitis, tetanus, mucoviscidose, Crohn, brucellose, levercirrose t.g.v. hepatitis, sclerodermie met aantasting van organen, diabetes type I
LM: Hospitaal-Plus	V&NZ: HospiPlan
Kanker, leukemie, tuberculose, MS, Parkinson, difteritis, kinderverlamming, meningitis-cerebrospinalis, pokken, tyfus, encefalitis, miltvuur, tetanus, cholera, Hodgkin, aids, virushepatitis, roodvonk, diabetes, nieraandoeningen waarvoor dialyse noodzakelijk is, Crohn en mucoviscidose	Kwaadaardige tumoren, kwaadaardige bloedziekten, alle vormen van TBC, zuikerziekte, alle ernstige handicaperende of degeneratieve neurologische aandoeningen (MS, Parkinson, encefalitis meningitis, ALS, ...), progressive spierdystrophien, niet-alcoholische levercirrose, transplantatieziekten, ernstige aangeboren ziekten (mucoviscidose, hemofolie), vaatziekten met amputatie, nierinsufficiëntie en aids
V&Z: HospiPlus	
Idem V&Z HospiPlan	

3. ROOMING IN

'Rooming in' betekent dat je als partner, ouder of mantelzorger in het ziekenhuis overnacht bij de persoon die in het ziekenhuis is opgenomen.

In hoeverre worden kosten voor rooming in vergoed en voor welke personen is deze dekking van toepassing?

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan
Voor één inslapende van een gehospitaliseerde aangesloten persoon: vergoedt tot maximum 18,6 euro per dag	Voor één ouder bij een kind jonger dan 18 jaar: maximum 18,6 euro per dag
Onaf. Mut: Hospitalia	Onaf. Mut: Hospitalia plus
Voor een ouder van een kind tot 12 jaar: maximum 25 euro per dag	Idem Hospitalia
LM: Hospitaal-Plus	V&NZ: HospiPlan
Voor één ouder bij kind jonger dan 12: maximum 19,5 euro per dag, beperkt tot 14 dagen	Voor één ouder bij kind tot 12 jaar; voor de begeleider van een gehandicapt persoon; voor een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd: max. 15 euro per dag en beperkt tot 14 dagen per kalenderjaar
V&NZ: HospiPlus	
Voor een ouder van een kind tot 12 jaar; voor de begeleider van een gehandicapt persoon; voor een afhankelijk persoon wanneer de begeleider wordt gehospitaliseerd: max. 30 euro per dag en beperkt tot 14 dagen per kalenderjaar	

4. OPNAME IN EEN PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

Voor welke hospitalisaties worden de kosten van geestes- en zenuwziekten terugbetaald?

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan
Hospitalisaties in dienst voor neuropsychiatrie of kinderneuropsychiatrie. Tegemoetkoming beperkt tot maximum 740 euro per aangeslotene en per kalenderjaar	Hospitalisaties voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrische dienst, psychogeriatrische aandoeningen
Onaf. Mut: Hospitalia	Onaf. Mut: Hospitalia plus
Dienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrische dienst. Tegemoetkoming is beperkt tot 10 dagen per jaar.	Dienst voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrische dienst. Tegemoetkoming is beperkt tot 15 dagen per jaar.
LM: Hospitaal-Plus	V&NZ: HospiPlan
Hospitalisaties voor neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, en psychogeriatrische aandoeningen. Tegemoetkoming beperkt tot 380 euro per aangeslotene en per kalenderjaar	Neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrische dienst. Tussenkost beperkt tot 1000 euro per jaar.
V&NZ: HospiPlus	
Neuropsychiatrie, kinderneuropsychiatrie, psychiatrische dienst. Tussenkost beperkt tot 2000 euro per jaar.	

5. DEKKING VAN VOORAF BESTAANDE ZIEKTE OF AANDOENING

Forfaitperiode

Hoelang duurt de periode waarin de kosten die in verband staan met een voorafbestaande ziekte of aandoening worden vergoed door middel van een vaste (forfaitaire) tegemoetkoming per hospitalisatiedag?

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan
5 jaar	5 jaar
Onaf. Mut: Hospitalia	Onaf. Mut: Hospitalia plus
Minimale duur van 5 jaar, na afloop waarvan de aangeslotene die dat wenst, kan vragen om zijn toestand opnieuw te bekijken op basis van een nieuw medisch dossier.	Idem Hospitalia
LM: Hospitaal-Plus	V&NZ: HospiPlan
5 jaar	Op basis van medische vragenlijst: 1) definitieve beperking in de tegemoetkoming 2) beperkte tegemoetkoming gedurende 3 jaar 3) aansluiting zonder beperkingen
V&NZ: HospiPlus	
Idem HospiPlan	

Forfaitbedrag

Hoeveel bedraagt het forfaitair bedrag dat tijdens de forfaitperiode wordt uitgekeerd voor kosten die verband houden met een vooraf bestaande ziekte of aandoening?

CM: hospitaalplan	SocMut: Kliniplan
20 euro voor de eerste 20 hospitalisatiedagen en 10 euro vanaf de 21 ^{ste} dag hospitalisatie van hetzelfde kalenderjaar	Vooraf bestaande ziekten worden kostendekkend vergoed bij verblijf in een twee- of meerpersoonskamer. Bij verblijf in een éénpersoonskamer bedraagt de franchise 62 euro.
Onaf. Mut: Hospitalia	Onaf. Mut: Hospitalia plus
20 euro per dag ziekenhuisopname	Idem Hospitalia
LM: Hospitaal-Plus	V&NZ: HospiPlan
Maximum 30 euro per dag, met een maximum van 20 dagen per jaar.	15 euro per dag ziekenhuisopname
V&NZ: HospiPlus	
30 euro per dag ziekenhuisopname	

WETGEVING FOUTLOZE AANSPRAKELIJKHEID: STAND VAN ZAKEN

De vorige regering besliste om bij wet een nieuw systeem te ontwikkelen om schade door medische fouten te vergoeden. Slachtoffers van medische fouten zouden in de toekomst niet meer naar een rechtbank moeten stappen voor een schadevergoeding. Zij zouden voortaan een klacht kunnen neerleggen bij een Fonds.

Omdat er geen Koninklijke Besluiten werden gemaakt, kon dit systeem niet worden opgericht. De huidige regering besloot daarom een nieuwe wetsvoorstel te lanceren. Dit gaf het Vlaams Patiëntenplatform vzw (VPP) de gelegenheid om de opmerkingen die zij samen met de vzw Medisch Falen opstelde mee te geven in de nieuwe teksten.

Het VPP sprak ondertussen met enkele parlementsleden en een medewerker van de Minister die de meeste van onze aandachtspunten opnam in de nieuwe teksten. Zo haalden we o.a. aan dat:

- de procedure voor het indienen van een klacht over medische schade bij het Fonds gratis moet zijn;
- de wet ook van toepassing hoort te zijn op zorgverleners in rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en rustoorden;
- therapeutische risico's (*gekende bijwerkingen van een bepaalde therapie*) ook aanleiding kunnen geven tot schadevergoeding. Bijvoorbeeld wanneer in 5% van de gevallen een verlamming kan optreden na een operatie;
- er ondersteuning moet zijn voor het slachtoffer bij de procedure voor het Fonds.

Het VPP blijft ervoor ijveren dat er in het najaar een nieuw systeem voor schadevergoeding bij medische fouten tot stand komt.

Meer info: Roel Heijlen (016 23 05 26 of roel.heijlen@vlaamspatiëntenplatform.be) ;
vzw Medisch Falen (03 866 51 21 of medisch.falen@telenet.be)

NA HET PERSOONLIJK ASSISTENTIEBUDGET: EEN EXPERIMENT PERSOONS-GEBONDEN BUDGET (PGB)

Een persoonlijk assistentie budget (PAB) bestaat al langer en is een budget dat het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) verleent om assistentie thuis, op school of op het werk te organiseren en te financieren. Sinds 2004 is er een beperkte, maar groeiende groep budgethouders en een nog sterker groeiende groep budgetaanvragers. Het budget is uitsluitend bedoeld om de hulp van één of meerdere persoonlijke assistenten te betalen. De hulp van deze assistenten kan zowel van praktische, inhoudelijke als organisatorische aard zijn.

Het PAB is een manier om de zelfstandigheid van mensen met een handicap te vergroten en zorg op maat zelf te organiseren. Een andere manier om te komen tot zorg op maat, bestaat erin mensen met een handicap het budget te geven om hun zorg zelf aan te kopen. Het gaat hier om een nieuwe manier om zorg te organiseren en te beoordelen.

Om de mogelijkheden van het PGB te verkennen ging op 1 september een tweejarig experiment van start. Er wordt onderzocht:

- hoe zo'n 200 deelnemende personen met een handicap hun budget inzetten
- welke keuzes deelnemers maken
- welke combinaties van ondersteuningsaanbod de voorkeur genieten
- welke hinderpalen de deelnemers aan het experiment ondervinden

Het onderzoek werd uitbesteed aan de universiteit Antwerpen. Na 2 jaar volgt een grondige evaluatie van het experiment en worden de nodige lessen getrokken.

De grote politieke uitdaging blijft echter het budget dat men wil vrijmaken voor deze persoonlijke budgetten. De Budgethoudersvereniging Onafhankelijk Leven (BOL-BUDIV) becijferde dat er op dit ogenblik 100 miljoen EUR nodig is om de PAB-wachlijst weg te werken.

EEN NIEUWE LOONKOSTSUBSIDIE VOOR JE WERKGEVER

Als je een chronische ziekte hebt, kan het zijn dat je rendement op de werkvloer lager is of dat je ondersteuning nodig hebt om je job uit te voeren. Vroeger kon je hiervoor een CAO26 of een VIP (Vlaamse InschakelingsPremie) aanvragen bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (het vroegere Vlaams Fonds). Deze twee loonkostsubsidies verdwijnen echter.

Vanaf oktober 2008 kan je bij de VDAB een nieuwe loonkostsubsidie aanvragen namelijk de Vlaamse Ondersteuningspremie (VOP). Andere ondersteuningsmaatregelen zijn aanpassingen van en aan je werkomgeving, tegemoetkomingen in je verplaatsingskosten, ondersteuning in de gebarentaal,...

WAT IS DE VOP (VLAAMSE ONDERSTEUNINGSPREMIE)?

De VOP is een tegemoetkoming *ter compensatie van de kosten van de inschakeling in het beroepsleven, de kosten van ondersteuning en verminderde productiviteit*. De VOP wordt aan een werkgever gegeven die een persoon met een arbeidshandicap aanwerft of heeft aangeworven (geldt ook voor werknemers met een interimcontract!). Zelfstandigen met een arbeidshandicap kunnen de VOP voor zichzelf aanvragen.

Opgelet! In tegenstelling tot de CAO26 en de VIP kan de VOP ook toegekend worden aan personen die niet erkend zijn door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

De VOP kan in de privé-sector en de openbare sector aangevraagd worden. Bij lokale en provinciale overheden geldt de VOP wel enkel voor nieuwe indiensttredingen. Deze voorwaarde geldt niet voor de private sector. De Vlaamse overheid heeft een eigen systeem van rendementsondersteuning.

HOE DE VOP AANVRAGEN?

1. Neem contact op met de VDAB: via de gratis infolijn (0800 30 700), via info@vdab.be of ga naar de lokale werkwinkel in je buurt.
2. De VDAB bekijkt of je een indicatie van een arbeidshandicap hebt.

Wie is een persoon met een indicatie van een arbeidshandicap?

- Personen erkend door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (het vroegere Vlaams Fonds);
- Personen die gewezen leerling zijn van het buitengewoon onderwijs en die hoogstens een getuigschrift of diploma behaald hebben in het buitengewoon onderwijs;
- Personen die op basis van hun handicap in aanmerking komen voor een inkomensvervangende tegemoetkoming of een integratietegemoetkoming;
- Personen die beschikken over een afschrift of een attest waaruit een blijvende graad van arbeidsongeschiktheid blijkt;
- Personen die recht geven op verhoogde kinderbijslag of personen die recht hebben op een verhoogde kinderbijslag voor hun kind of kinderen ten laste als ouder met een handicap;
- Personen die een invaliditeitsuitkering ontvangen;
- Personen met een attest van een door de VDAB aangewezen dienst of arts. (Dit kan je eigen behandelend arts-specialist zijn, het centrum voor het leerlingenbegeleiding, de adviserend geneesheer van het ziekenfonds,...)

3. Indien je een indicatie van een arbeidshandicap hebt, moet je zelf een aanvraag indienen voor een VOP.
4. De VDAB kijkt of je recht hebt op een VOP. Hij beslist op basis van je aandoening en/of voorgeschiedenis die vermeld is op de erkende lijst met aandoeningen. Zij kunnen ook rekening houden met multidisciplinaire informatie (informatie van je behandelend arts, informatie van andere diensten,...) uit je dossier. De VDAB kan ook altijd het advies vragen van hun eigen arbeidsonderzoeksdienst na een gespecialiseerd arbeidsonderzoek.
5. Het recht op een VOP kan van bepaalde of onbepaalde duur zijn. De VDAB bepaalt zelf of de premie, in functie van de evoluties van je handicap of ziekte en van je werksituatie, na een bepaalde tijd geëvalueerd moet worden.
6. Bij weigering kan je een heroverweging aanvragen. Je vraag voor een VOP wordt dan door een heroverwegingscommissie behandeld.

HOE HOOG IS DE LOONKOSTSUBSIDIE?

Voor werknemers evolueert de VOP als volgt:

- Het bedrag van de VOP is tijdens het eerste jaar 40% van de loonkost.
- Vanaf het tweede jaar is dit 30% van de loonkost.
- Vanaf het vijfde jaar bedraagt de VOP 20% van de loonkost.

In het begin van je tewerkstelling wordt er een groter percentage van de loonkost terugbetaald omdat je werkgever in het begin meer kosten maakt. In het begin heb je als werknemer met een beperking soms meer tijd nodig om je draai te vinden op de werkvloer, er zijn aanpassingen nodig in werkschema's en taakverdelingen, enz.

De toekenning en het bedrag van de VOP worden anders berekend voor zelfstandigen en voor werknemers met een interimcontract. Voor meer informatie hierover kan je contact opnemen met de werkwinkel van de VDAB.

Heb je nu reeds een CAO26 of een VIP? Er is een overgangsmaatregel voorzien waarbij beiden automatisch worden omgezet in een VOP.

Op gemotiveerde aanvraag van de werkgever kan de VDAB een hogere (tijdelijke) tegemoetkoming toestaan. Het bedrag van de VOP kan echter nooit 60% van de loonkost overschrijden.

Voor meer informatie: www.vdab.be/arbeidshandicap

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw is benieuwd naar jouw ervaringen met deze nieuwe VDAB-maatregelen voor personen met een arbeidshandicap. Geef jouw ervaringen door en wij nemen jouw bemerkingen mee in ons beleidswerk!

Contact: els.meerbergen@vlaamspatienentenplatform.be of 016/23.05.26

VERS GEperST

DE AUDIOKRANT

De Standaard 3/6/2008

Eerst was er de braillekrant, een krant op stevig papier met dagelijks een 20 tal artikels uit De Standaard die omgezet worden in braille. Vandaag wordt deze krant nog bij een 50 tal blinden geleverd. Midden jaren 90 kwam de Digikrant per mail erbij. Nu pakt de vzw Braillekrant uit met een primeur waarmee ze een nog groter publiek willen bereiken: de audiokrant. Dagelijks wordt deze krant via synthetische spraak op een CD gebrand en aan abonnees toegestuurd. Op termijn hoopt men niet enkel blinden en slechtzienden te bereiken, maar ook mensen met dyslexie, bejaarden in rusthuizen enz.

PAB-ASSISTEN EN HUN BUDGETHOUDERS OPGELUCHT

De Standaard 17/6/2008 en 8/7/2008

Het voorontwerp van decreet over de zorg- en bijstandsverlening van minister Steven Vanackere leidt tot ongerustheid bij PAB-gebruikers. Het decreet dat bedoeld is om rechtszekerheid te bieden voor personeel van welzijnsvoorzieningen, bepaalt dat een zorgbehoevende die voor zijn bijstand een beroep doet op een 'niet-gekwalificeerde' of een 'niet-geregistreerde' zorgverlener strafbaar is en een boete tot 5 000 EUR kan oplopen. Ook de persoon die beroepshalve meerdere activiteiten van zorg- en bijstandverlening verricht zonder te voldoen aan de kwalificatievereisten of aan de registratieverplichting kan zo'n boete oplopen.

Budgethouders vrezen met dit decreet niet langer hun eigen assistenten te kunnen uitkiezen of beroep te kunnen blijven doen op hun huidige assistenten.

Er wordt een amendement ingediend voor een apart initiatief voor PAB-situaties, want persoonlijke assistenten die wel eens een pil toedienen, verdienen ook rechtszekerheid.

ZORG VOOR MENSEN MET EEN LANGDURIGE PSYCHIATRISCHE ZIEKTE

Persbericht KCE 17/7/2008

In haar recente rapport over langdurig psychiatrische patiënten stelt het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) zich de vraag of de ongeveer 4750 van de 13 000 langdurig psychiatrische zieken die langer dan één jaar in een T-bed-afdeling verblijven, daar ook allemaal thuishoren. T-bedden zijn bedden in diensten voor neuropsychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten.

Maatschappelijk gezien is een T-bed duurder in vergelijking met andere zorgvormen zoals een psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT) of beschut wonen.

Uit een eerder rapport blijkt dat voor een verblijf in een PVT of tehuis voor beschut wonen de persoonlijke bijdragen het hoogst zijn. Voor heel wat psychiatrische patiënten betekent dit een zware bijkomende last. Voor de behandeling van de langdurige patiënten in T-bedden blijken er grote verschillen te bestaan qua aangeboden revalidatie en psychotherapie in vergelijking met andere patiënten. Ook blijkt er een groot verschil te bestaan tussen ziekenhuizen m.b.t. het voorschrijven van medicatie. En de kans op reïntegratie blijkt -in samenhang met het aanbod aan T-bedden- te verschillen tussen de regio's. Om de doorstroom van patiënten uit ziekenhuizen te garanderen zijn onderlinge complementariteit en afstemming van zorgvormen nodig. Volgens het KCE is er behoefte aan een duidelijke omschrijving van de opdrachten van ziekenhuizen, andere residentiële en ambulante diensten.

ONGESTRAFTE PREMIESTIJGINGEN

website Vlaams Patiëntenplatform, 2/7/2008

Beperkingen op premiestijgingen van hospitalisatieverzekeringen laten op zich wachten: gepensioneerden betalen de rekening. Het Vlaams Patiëntenplatform vzw betreurt het feit dat de forse premiestijgingen van hospitalisatieverzekeringen voor gepensioneerden getolereerd worden door Minister van Financiën Reynders. In juli 2007 werd namelijk een wet ingevoerd waardoor de hospitalisatieverzekering levenslang gegarandeerd wordt en een premiestijging enkel toegestaan is als die verantwoord kan worden door een aangetoonde medische kostenstijging. Doordat de medische index hiervoor vandaag nog steeds niet bepaald is, zien bepaalde verzekeraars zoals Argenta en Ethias de kans om alsnog hun premie op bruuske wijze op te drijven voor de groep van gepensioneerden. Hierdoor zijn gepensioneerden slachtoffer geworden van een politieke nalatigheid. Minister Reynders heeft nu beslist dat de beperkingen op premiestijgingen pas in juli 2009 ingaan. Ondertussen blijven gepensioneerden in de kou staan en worden ze geconfronteerd met premiestijgingen die bijna onbetaalbaar zijn.

VERGOEDING REISKOSTEN OUDERS KANKERPATIËNTJES BEGRENSD

Kluwer gezondheidszorg, 01/09/2008

Vanaf 1 augustus 2008 werd de reiskostenvergoeding voor de ouders of de voogd van gehospitaliseerde kankerpatiëntjes (min achttienjarigen) op enkele punten gewijzigd. De tegemoetkoming van de ziekteverzekering wordt voortaan berekend op basis van de werkelijke afstand tussen de hoofdvverblijfplaats van het kind en het ziekenhuis waar het verblijft. Tot nu ging men uit van de verblijfplaats van de betrokken ouder of voogd. Dit leverde problemen op als de ouders gescheiden leefden.

Voor elke dag van het ziekenhuisverblijf (minstens één overnachting) kan men een vergoeding krijgen voor de kosten van de heen- en terugreis. De vergoeding blijft 0.25 euro per kilometer. De tussenkomst is voortaan wel beperkt tot 75 euro per dag.

Het Vlaams Patiëntenplatform vzw blijft ervoor ijveren dat deze vergoeding niet enkel wordt toegekend aan ouders van kinderen met kanker maar dat ook andere chronische aandoeningen in aanmerking komen voor deze vergoeding.

U kan de nieuwsbrief via E-mail ontvangen. Geef het secretariaat een seintje:
info@vlaamspatientenplatform.be