

CM-Informatie

Analyses en standpunten

Driemaandelijks tijdschrift van de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten

269

september 2017

Europa

Niettegenstaande het gezondheidsbeleid vooral een bevoegdheid is van de lidstaten, streeft de EU ernaar om meer harmonie te scheppen in dit beleid.

Duitstalige Gemeenschap

Mede door de staatshervormingen en de bevoegdheidsoverdracht uit het Waals Gewest, is de Duitstalige Gemeenschap institutioneel een eerder grote Gemeenschap.

Ouderschaps-burn-out

Naar schatting treft ouderschaps-burn-out 5% van de ouders en loopt 8% een hoog risico.

Rilatinegebruik

De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose ADHD.

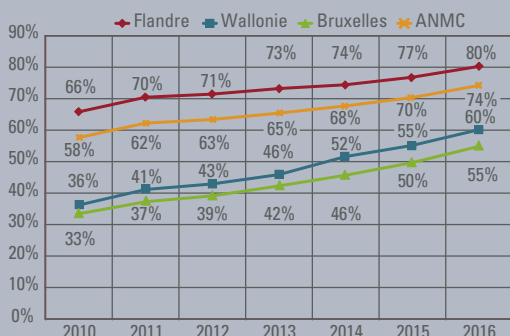
Grafiek 3: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per geboortemaand (37.684 patiënten in het totaal).



GMD

Evolutie van het aantal CM-leden met een GMD

Grafiek 1: Evolutie tussen 2010 en 2016 van het aandeel CM-leden met een GMD (op 31/12)



Internationale samenwerking van CM

CM is ervan overtuigd dat mutualiteiten één van de strategieën zijn om de universele ziektekostenverzekering te verwezenlijken. Daarom steunt ze al 25 jaar ziekenfondsinitiatieven in Afrika en Centraal-Europa.



CM. Hoe gaat het met u?

België is geen eiland in Europa en de wereld. Wat de Europese unie betekent voor onze gezondheidszorg, komt in dit nummer aan bod. Niettegenstaande het gezondheidsbeleid vooral een bevoegdheid is van de lidstaten, streeft de EU ernaar om meer harmonie te scheppen in dit beleid. Voorbeelden hiervan zijn gemeenschappelijke gezondheidsdoelstellingen voor preventie, afspraken over kwaliteits- en veiligheidsnormen, de aanpak van grensoverschrijdende medische bedreigingen, patiëntenmobiliteit en samenwerking voor zeldzame ziekten, afstemming van het op de markt brengen van geneesmiddelen, eHealth, vrij verkeer van gezondheidsberoepen etc. Een mogelijke bedreiging voor het gezondheidsbeleid is de Europese politiek inzake vrijhandel en handelsverdragen zoals TTIP en CETA. Het kan niet dat men de regels van een private op winst gebaseerde economie zou willen toepassen op de gezondheidszorg, een basisrecht voor iedere burger.

Ziektefondsen ijveren voor een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg gebaseerd op solidariteit. Omdat die solidariteit niet stopt bij de grenzen, beschrijft een artikel de bijdrage en de rol van CM, departement internationale samenwerking. Het mee helpen realiseren van een universele toegang tot en het recht op gezondheidszorg is daarbij het uitgangspunt waarbij het ziektefondsmodel de basis vormt om dit te realiseren. Concreet ondersteunen we initiatieven in het Zuiden en in Centraal Europa. Uiteraard is de situatie in elk land verschillend en is het steeds nodig om te zorgen voor een lokale inbedding, gedragen onze lokale partners.

Ook in België zijn we geëvolueerd naar een model waarbij meer lokale/regionale keuzen in de gezondheidszorg gemaakt worden op domeinen zoals preventie/gezondheids promotie, (ouderen-) zorg, bijstand aan personen, revalidatie, financiering van ziekenhuisinfrastructuur en welzijn. Een artikel omschrijft hoe de Duitstalige Gemeenschap de toegekende bevoegdheden opneemt en zal opnemen wanneer de uitvoering van de zesde staatshervorming vorm krijgt. Helaas worden daarvoor nieuwe structuren geschapen met andere verantwoordelijken in de plaats van beroep te doen op actoren met ervaring in deze sectoren zoals de ziektefondsen. Wij kunnen enkel hopen dat deze instanties dezelfde dienstverlening, kwaliteit en toegankelijkheid zullen bieden op een even efficiënte wijze.

Een andere uitdaging in de Belgische gezondheidszorg is om de verschillende 'zorglijnen' op een efficiënte manier op elkaar af te stemmen. In 1999 werd daarvoor op niveau van de huisarts het Globaal Medisch Dossier (GMD) ingevoerd, met als doel de patiënt te fideliseren bij 1 huisarts(-en)praktijk. Een goed bijgehouden medisch dossier heeft als doel de zorg beter te kunnen coördineren rond de patiënt. Een studie geeft de actuele cijfers van dit systeem dat gestaag in opmars is, maar met helaas nog belangrijke regionale verschillen. De tijd is wellicht gekomen om het systeem te verfijnen zodat het echt een kwaliteitsinstrument wordt en om het te koppelen met het invullen en delen van de samenvatting van het elektronisch medisch dossier (SUMEHR). Zo kunnen we de patiënt, die zijn eigen SUMEHR moet kunnen raadplegen, meer overtuigen van de voordelen van het hebben van een GMD.

Ten slotte twee artikels met linken naar geestelijke gezondheidszorg. Eén beschrijft het fenomeen van ouderschap 'burn out'. Uiteraard wil iedereen een goede ouder zijn voor haar/zijn kinderen maar sommigen hebben het mentaal moeilijk met deze extra druk die dit met zich meebrengt. Belangrijk is om de risicofactoren voor dergelijke uitputting tijdig te herkennen en te voorkomen.

Maar ook van de kinderen wordt veel verwacht. Bij kinderen die last hebben met aandacht, hyperactiviteit en/of impulsief gedrag wordt wellicht te snel de diagnose van ADHD gesteld met het voorschrijven van medicatie (methylfenidaat) als gevolg. Een studie toont namelijk aan dat de jongsten van de klas meer van dergelijke geneesmiddelen nemen, wat zou kunnen wijzen op een medicalisering van een normale ontwikkeling. Er is nood aan een goede registratie van methylfenidaat, ook wanneer dit niet terugbetaald wordt. CM pleit daarnaast voor een meer tolerante omgang met 'drukke' kinderen. En als een medische aanpak toch nodig blijkt, past dit best in een multidisciplinair zorgpad.

Michiel Callens

Departementsdirecteur R&D

Wat doet de Europese Unie voor onze gezondheidszorg?

Clara Noirhomme en Gauthier Vandeleene, met de medewerking van Agnès Chapelle en Naïma Regueras (departement R&D, LCM).

Samenvatting

Dit artikel gaat over de vraag wat de invloed van de Europese Unie is in een domein dat hoofdzakelijk de bevoegdheid van de lidstaten blijft. Om te kunnen beoordelen op welke verschillende aspecten van de gezondheidszorg de EU een impact heeft, analyseren wij vanuit twee invalshoeken hoe de EU inwerkt. Ten eerste stellen wij voor wat de EU doet in het domein van de gezondheid wanneer deze rechtstreeks haar wettelijke bevoegdheden op dit vlak inroept. Er wordt dieper ingegaan op de verschillende actiedomeinen met voorbeelden van de richtlijn inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg, het Interreg-programma, het initiatief van de Commissie en de aanbeveling van de Raad inzake zeldzame ziekten. Vervolgens analyseren wij hoe de EU onrechtstreeks het gezondheidsbeleid beïnvloedt via het formuleren van beleid in andere domeinen maar met een impact op gezondheid. In dat hoofdstuk zullen wij dieper ingaan op de problematiek van de handelsakkoorden en het gezamenlijk economisch bestuur. Tot slot evalueren wij de impact van de actie van de EU inzake gezondheidszorg.

Sleutelwoorden: EU, gezondheidszorg, grensoverschrijdende zorg, grensoverschrijdende samenwerking, zeldzame ziekten, Interreg, Brexit, markt, verkeer, TTIP, CETA, gemeenschappelijk economisch bestuur, crisis, handel.

1. Inleiding

Iets meer dan een jaar geleden deed de stemming voor de Brexit (de uittreding van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie) Europa in shockwakker worden. Ongeacht de standpunten hieromtrent, stellen we vast dat het debat hierover de Britse (en de Europese¹) bevolking erg verdeeld heeft. Eén van de grootste argumenten van de verdedigers van de Brexit was dat het Verenigd Koninkrijk het geld dat het aan de EU gaf, zou kunnen terugvorderen om het te investeren in de National Health Service – NHS. Het argument van Michael Gove, conservatief en fervent verdediger van de Brexit, was het volgende: “door

de £350 miljoen die wij iedere week aan de EU geven, te recupereren, zullen wij wekelijks £100 miljoen extra aan de NHS kunnen geven”².

Ook al is dit argument onjuist³ (de pro-Brexit partijen hebben hun vergissing toegegeven⁴), toch roept het tussen de regels door de volgende vraag op: Belet de Europese Unie de lidstaten om zelf hun gezondheidsbeleid naar eigen goeddunken te voeren? Welke verantwoordelijkheden heeft de EU op gebied van gezondheidszorg? Wat doet de EU wel en niet? Geldt het argument ‘het is de fout van Europa’⁵ voor het gezondheidsbeleid?

1 Zie bijvoorbeeld een pro-Brexitstandpunt vanuit een strikt continentaal oogpunt: De Grauwe, P. (2016). Why the European Union will Benefit from Brexit. *Social Europe*: <https://www.socialeurope.eu/2016/02/why-the-european-union-will-benefit-from-brexit/>

2 Asthana, A. et Mason, R. (1 juli 2016). Michael Gove launches Tory leadership bid with Brexit promise, *The Guardian*: <https://www.theguardian.com/politics/2016/jul/01/michael-gove-launches-tory-leadership-bid-with-brexit-promise> - onze vertaling uit het Engels

3 Begg, I. (2015). Lies, damned lies and statistics on the UK's EU membership. *LSE European Politics and Policy (EUROPP)* Blog. <http://blogs.lse.ac.uk/europpblog/2015/10/13/lies-damned-lies-and-statistics-why-figures-on-the-uks-eu-membership-should-be-treated-with-caution/>

4 Helm, T. (10 september 2016). Brexit camp abandons £350m-a-week NHS funding pledge, *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/politics/2016/sep/10/brexit-camp-abandons-350-million-pound-nhs-pledge>

5 Hobolt, S. B., & Tilley, J. (2014). *Blaming europe?: Responsibility without accountability in the European Union*. Oxford University Press.

Deze vragen worden in dit artikel als volgt behandeld: eerst pakken wij de vraag van de rechtstreekse actiemogelijkheden van de Europese Unie inzake gezondheidszorg op juridisch vlak aan, meer bepaald de Verdragen, via enkele markante voorbeelden. Ten tweede zullen wij zien hoe gezondheid en gezondheidsbeleid onrechtstreeks beïnvloed worden door de Europese Unie, meer bepaald via de kenmerken van de interne markt. Ook zullen wij actualiteitsonderwerpen bespreken die dit facet van de Europese werking belichten: de handelsakkoorden en het fiscale bestuur. Wij besluiten met een evaluatie van de impact van de acties van de EU inzake gezondheidszorg en een voorlopig antwoord op de volgende vraag: zullen de inwoners van Groot-Brittannië een betere gezondheidszorg hebben nu zij beslist hebben om de Europese Unie te verlaten?

2. Over de bevoegdheid van de Europese Unie inzake gezondheidszorg: wat kan Europa doen en wat doet ze?

2.1. Wettelijke basis

Tot eind de jaren '70 werd het Europees gezondheidsbeleid hoofdzakelijk opgevat als een punctuele toepassing van de grote economische principes in de oprichtingsverdragen van de Europese gemeenschap. De Europese verordeningen in verband met de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels die onder meer toegang geven tot gezondheidszorg in het kader van het verkeer van de werknemers illustreren dit⁶.

De jaren '80 betekenen een kentering: gezondheids crisissen zoals AIDS brengen nieuwe risico's aan het licht die de lidstaten maar moeilijk alleen aankunnen.⁷ De Europese instellingen verschijnen dan als een essentiële partner om deze nieuwe uitdagingen voor de volksgezondheid aan te pakken.

De toenemende Europese integratie, de dynamiek van de eenheidsmarkt en het principe van het vrij verkeer van personen maken van gezondheid één van actiedomeinen van de Europese Unie.⁸

Vanaf 1992, met het verdrag van Maastricht, wordt de Unie bevoegd voor het verbeteren van de gezondheid van de burgers via acties op het vlak van volksgezondheid⁹. Door in 2000 **bescherming van de gezondheid** in artikel 35 van het handvest van de grondrechten¹⁰ op te nemen, maakt de Europese Unie (EU) hiervan één van haar algemene doelstellingen.

Artikel 35

De bescherming van de gezondheidszorg

Eenieder heeft recht op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden. Bij de bepaling en de uitvoering van het beleid en het optreden van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid verzekerd.

Handvest van de grondrechten van de Europese Unie

De juridische basis van deze bevoegdheid, artikel 168 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie inzake Gezondheid, vermeldt de domeinen waarin de EU inzake gezondheid werkzaam is:

- Verbetering van de volksgezondheid en preventie van ziekten, aandoeningen en oorzaken van gevaar voor de fysieke en mentale gezondheid.
- Strijd tegen grote plagen en ernstige grensoverschrijdende bedreigingen voor de gezondheid.
- Vermindering van het schadelijk effect van drugs op de gezondheid.

[a. Wat is de reële macht van de EU inzake gezondheid?](#)

Alle bevoegdheden van de Europese Unie zijn gedefinieerd in artikel 2 tot 6 van het Werkingsverdrag van de EU. Er zijn drie soorten bevoegdheden: (1) de exclusieve bevoegdheden van de EU, (2) de bevoegdheden die de EU met de lidstaten deelt en (3) de bevoegdheden waarvoor **de EU als rol heeft de actie van de lidstaten te ondersteunen, te coördineren of aan te vullen**.

De gezondheid van mensen beschermen en verbeteren behoort tot de derde categorie bevoegdheden. Dat betekent dus dat het bepalen van het gezondheidsbeleid, de organisatie en verstrekking van zorg de bevoegdheid van de lidstaten¹¹ is. De EU heeft als rol het nationale beleid aan te vullen door:

- *“De lidstaten te helpen hun gemeenschappelijke objectieven te bereiken;*
- *Schaalvoordelen te genereren door middelen samen te leggen;*
- *De EU-landen te helpen bij de aanpak van gemeenschappelijke uitdagingen (meer bepaald pandemieën, chronische ziekten*

6 Verordeningen (EEG)1408/71 en (EEG)574/72 (vandaag (EG)883/2004 en (EG)987/2009)

7 Senn, A. (2006). La politique de santé de l'Union européenne, *Question d'Europe*, n°25.

8 Garel, P. (2013). Les systèmes de santé de l'Union européenne sous influence, *Quaderni*, 82, pp. 17-26.

9 Hassenteufel, P. (2013). Quelle européanisation des systèmes de santé?, *Informations sociales*, 2013/1 (n°175), pp. 48-59.

10 Het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie werd goedgekeurd op 7 december 2000 en heeft sinds de ondertekening van het Verdrag van Lissabon in 2007 een afdwingbare juridische waarde.

11 Artikel 168 van het Werkingsverdrag van de EU, §7

of gevolgen van een hogere levensverwachting op de gezondheidssystemen).¹²

In de actiedomeinen die in artikel 168 van het Werkingsverdrag vermeld zijn, kan de Unie de actie van de lidstaten aanvullen en hiermee in theorie de kwaliteit van de zorg proberen te verbeteren en rechten toe te voegen aan de Europese rechten wanneer de lidstaten dit onvoldoende efficiënt alleen kunnen aanpakken. Dit is het subsidiariteitsbeginsel.

De actie van de Unie concentreert zich dus vooral op de materies waar de gecoördineerde actie van de lidstaten een meerwaarde biedt, dit betekent **materies met grensoverschrijdende effecten**. Zij dringt aan op samenwerking tussen lidstaten, meer bepaald om de gezondheidsdiensten in de grensstreken meer complementair te maken, zoals punt 2 van artikel 168 van het Werkingsverdrag herbevestigt.

b. Welke concrete maatregelen kan de EU in dat kader nemen?

Het Parlement en de Raad kunnen aldus maatregelen invoeren, van toepassing in de hele EU, die de bescherming of verbetering van de gezondheid aanmoedigen, alsook maatregelen waarbij kwaliteits- en veiligheidseisen worden gesteld aan stoffen van menselijke oorsprong, dier- en natuurgeneeskunde, de geneesmiddelen en medisch materiaal¹³.

De Commissie kan initiatieven nemen om de coördinatie tussen lidstaten te bevorderen (bijvoorbeeld om oriënteringen te bepalen of de uitwisseling van de beste praktijken te organiseren). De Raad kan ook aanbevelingen invoeren om de doelstellingen in artikel 168 van het Werkingsverdrag te bereiken.

2.2. De acties van de EU op het vlak van gezondheidszorg

Een **Europees gezondheidsbeleid** ontstond als gevolg van nieuwe uitdagingen voor het gezondheidsbeleid gekoppeld aan het “europeaniserend” effect van de eenheidsmarkt en het principe van vrij verkeer van personen op de volksgezondheid¹⁴.

Europa beïnvloedt voortaan in zekere mate de lidstaten met een nieuwe ambitie om acties op lange termijn te ondernemen ter verbetering van de gezondheid van de EU-burgers¹⁵.

Concreet oefent de EU haar bevoegdheden uit om maatregelen inzake mobiliteit van patiënten en beheer van grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen te ontwikkelen, om een gezonde levenswijze te promoten (preventie van misbruik van alcohol, tabak en drugsverslaving maar ook de vroegtijdige opsporing van kanker) en om de expertise van de gezondheidswerkers hieromtrent te bundelen¹⁶.

De EU treedt geëngageerd op inzake preventie, meer bepaald bij de strijd tegen tabaksgebruik. Zo keurde zij meerdere richtlijnen hieromtrent goed waaronder die van 2001 betreffende de productie, presentatie en verkoop van tabaksproducten en die van 2003 betreffende de reclame en sponsoring voor tabaksproducten¹⁷. Ook voert zij de strijd tegen rookverslaving op via mediacampagnes om te sensibiliseren omtrent de nefaste gevolgen van tabak¹⁸.

Op een ander vlak beoordeelt de EU via haar European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) de bedreigingen voor de gezondheid en houdt ze de ziekten in Europa in het oog¹⁹. Bij epidemieën zoals Ebola publiceert dit centrum de risicobeoordeling in de verschillende landen alsook epidemiologische updates die zeer nuttig kunnen blijken²⁰. Geneesmiddelen is een onderwerp dat sterk gekoppeld is aan de Eenheidsmarkt²¹ en om ze op de markt te mogen brengen, is toestemming vereist. De EU financiert ook voor 7,5 miljard euro het wetenschappelijk onderzoek inzake gezondheidszorg via haar programma Horizon 2020, het grootste onderzoeks- en innovatieprogramma ooit van de EU²².

Hieronder geven wij u een voorbeeld van de verschillende manieren waarop de Europese instellingen actie ondernemen: richtlijnen van het Parlement en de Raad, initiatieven van de Commissie en aanbevelingen van de Raad. Hierbij schenken wij specifiek aandacht aan zeldzame ziekten, een domein waarin de Europese samenwerking onmiskenbaar een toegevoegde waarde biedt.

12 Europese Unie, Thema's van de Europese Unie – *Gezondheid*. De pagina werd geraadpleegd op 18 mei 2017 en is hier beschikbaar: https://europa.eu/european-union/topics/health_nl

13 Article 168 TFUE, 4.

14 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.

15 Senn, A. (2006), op. cit.

16 Senn, A. (2006), op. cit.

17 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.

18 Sauer, F. (2005). Les ambitions européennes en matière de santé, *Revue française d'administration publique*, 2005/1 (n°113), pp. 147-157.

19 Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ecdc_nl

20 European centre for Disease Prevention and Control – Ebola and Marburg fevers: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/ebola_marburg_fevvers/Pages/index.aspx

21 Hassenteufel, P. (2013), op. cit.

22 Europese Commissie (2014), Horizon 2020 in het kort. *Het kaderprogramma van de EU voor onderzoek en innovatie*, hier beschikbaar: https://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/sites/horizon2020/files/H2020_NL_KI0213413NLN.pdf

a. Richtlijn van het Parlement en de Raad inzake grensoverschrijdende zorg

Gebruik makend van hun macht om maatregelen te nemen die gericht zijn op het verbeteren van de gezondheid, keurden het Parlement en de Raad de richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van de patiënten inzake grensoverschrijdende zorg goed die in werking trad op 24 april 2011. De EU-landen moesten die vóór 25 oktober 2013 in hun nationaal recht omzetten.

Deze richtlijn wil de toegang tot grensoverschrijdende gezondheidszorg in de EU en de terugbetaling ervan vergemakkelijken. Voor bepaalde types zorg vult deze de eerder vermelde coördinerende regelgeving inzake sociale zekerheid²³ aan. Ze bepaalt de regels om de kwaliteit en de veiligheid van de gezondheidszorg te garanderen en stimuleert de EU-landen om samen te werken met inachtneming van de nationale bevoegdheden inzake zorgorganisatie en -verstrekking. De richtlijn beoogt dus de samenwerking tussen de nationale gezondheidszorgstelsels te bevorderen en de mogelijkheden inzake mobiliteit te verduidelijken. Bovendien vereist ze dat maatregelen worden genomen om patiënten te informeren over hun mogelijkheden inzake mobiliteit.

De richtlijn moedigt de oprichting van Europese referentienetwerken aan die bijdragen aan het benutten van de mogelijkheden om Europese samenwerking tot stand te brengen voor hooggespecialiseerde gezondheidszorg, aan de verzameling van kennis inzake preventie en aan een verbetering van de diagnosestelling en kwaliteitsvolle zorg, in het bijzonder bij zeldzame ziekten. Artikel 13 van de richtlijn specificeert ook dat de Commissie de lidstaten helpt samen te werken om diagnose- en behandelingsmiddelen uit te werken.

Bovendien verplicht de richtlijn 2011/24/EU in artikel 6 met als titel "Nationale contactpunten voor grensoverschrijdende gezondheidszorg" elke lidstaat om één of meerdere contactpunten aan te duiden waar patiënten geïnformeerd worden over hun rechten inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg zodat zij effectief hun rechten kunnen uitoefenen²⁴. In België vindt men vandaag "het nationaal contactpunt grensoverschrijdende gezondheidszorg" op de website van de FOD Volksgezondheid²⁵.

b. Het Interreg-programma, een initiatief van de Europese commissie

Zoals wij reeds zagen, promoot de Europese commissie de coördinatie tussen de lidstaten. Het Interreg-programma is een initiatief van de Europese Commissie dat door het EFRO (Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling) gefinancierd wordt om de sociaal economische cohesie in de Europese Unie te versterken door grensoverschrijdende samenwerking (deel A van het programma), transnationale samenwerking (deel B) en interregionale samenwerking (deel C)²⁶.

Met de jaren werd Interreg het sleutelinstrument van de Europese Unie om de samenwerking tussen de grensoverschrijdende partners te ondersteunen. Doelstelling van Interreg: de gemeenschappelijke uitdagingen aanpakken en gedeelde oplossingen vinden inzake gezondheid, onderzoek, onderwijs, vervoer of duurzame energie²⁷. In dit kader kunnen talrijke projecten, meer bepaald over gezondheidsthema's, worden ingediend.

Dankzij de Interreg-projecten kon meer bepaald de Frans-Belgische samenwerking ontwikkeld worden waardoor patiënten uit deze grensstreek gebruik kunnen maken van het zorgaanbod langs de andere kant van de grens of van grensoverschrijdende interventievoorzieningen voor de spoeddiensten (SMUR)²⁸.

In dit kader kon het project EMRaDi, acroniem voor "Euregio Meuse-Rhine Rare Diseases" worden uitgewerkt binnen het 5^e Interreg-programma, deel A (INTERREG V-A EMR). Voor dit project wordt grensoverschrijdend samengewerkt tussen ziekenfondsen, universitaire ziekenhuizen, patiëntenverenigingen en een universiteit uit de Euregio Maas-Rijn. Dit project wil via meerdere assen de levenskwaliteit van patiënten met een zeldzame ziekte verbeteren. Gedurende drie jaar (2016-2019) bundelen acht Belgische, Nederlandse en Duitse partners die in de Euregio Maas-Rijn actief zijn, hun inspanningen om de mobiliteit van de patiënten en de geïntegreerde zorg voor patiënten met een zeldzame ziekte substantieel te verbeteren. CM leidt dit project als verzekeringsinstelling en vertegenwoordiger van de patiënten om hun belangen te behartigen²⁹.

De zeldzame ziekten zijn een goed voorbeeld van een domein waarbinnen de Europese samenwerking onmiskenbaar een toegevoegde waarde heeft. Het is nodig de inspanningen te bundelen om de ongelijkheden te verminderen tussen patiënten

²³ Verordeningen (EEG)1408/71 en (EEG)574/72 (heden (EG)883/2004 en (EG)987/2009).

²⁴ RICHTLIJN 2011/24/EU VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg

²⁵ FOD Volksgezondheid - Nationaal contactpunt grensoverschrijdende gezondheidszorg. <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/nationaal-contactpunt-grensoverschrijdende>

²⁶ Interreg: European Territorial Cooperation: http://ec.europa.eu/regional_policy/nl/policy/cooperation/european-territorial/

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Voor meer informatie, zie www.ofbs.eu.

²⁹ Voor meer informatie, zie www.emradi.eu.

met enerzijds zeldzame ziekten en anderzijds vaker voorkomende ziekten.

c. Aanbevelingen inzake zeldzame ziekten van de Raad

De Europese Unie deed aan de lidstaten via de Raad een aanbeveling om een actie in het domein van de zeldzame ziekten³⁰ te starten (aanbeveling 2009/ c 151 /02) en vóór 2013 plannen ter bestrijding van zeldzame ziekten in werking te laten treden. De aanbeveling van de Raad kwam er omdat de Commissie een coherente globale strategie wil bepalen zodat de actie tegen de zeldzame ziekten performant zou zijn en alle zeldzame en versnipperde middelen gebundeld zouden kunnen worden binnen een gemeenschappelijke Europese inspanning³¹.

Ook als is een dergelijke aanbeveling niet afdwingbaar, toch zijn heel wat lidstaten op die oproep ingegaan. Zo publiceerde de Belgische minister van Sociale zaken en Volksgezondheid, Laurette Onkelinx, in december 2013 het “Belgisch plan voor zeldzame ziekten”. Het “Plan Zeldzame Ziekten” wil zorgen voor billijke en rechtvaardige toegang tot gepaste diagnose en gespecialiseerde, up-to-date en multidisciplinaire zorg, opgebouwd en georganiseerd in multilevel-netwerken, met als uiteindelijk doel de levenskwaliteit van deze patiënten op peil te brengen en de kennis, informatie en bewustwording over zeldzame ziekten te verhogen.³² In maart 2017 kondigde RaDiOrg (de overkoepelende vereniging van patiënten met een zeldzame ziekte) aan dat het plan jammer genoeg vrij vaag blijft, maar dat de twintig oorspronkelijk geplande acties er wel progressief komen. RaDiOrg geeft hiermee een stand van zaken van het plan, ruim drie jaar na de publicatie, en geeft een overzicht van wat reeds uitgevoerd is³³.

2.3. Positief of negatief?

Wij zagen al dat de bevoegdheden inzake gezondheid van de Europese Unie oorspronkelijk zeer beperkt waren maar zich de jongste twintig jaar wel ontwikkelden. Toch blijft de toestand inzake gezondheid in de verschillende EU-landen van de Unie zeer heterogeen³⁴. De Unie wil de verschillen verminderen maar de lidstaten zijn duidelijk bevoegd om dit beleid te bepalen zoals artikel 168 van het Werkingsverdrag bepaalt.

De landen blijven in theorie wel soeverein inzake het gezondheidsbeleid maar met diverse voorbeelden op het vlak

van zeldzame ziekten zagen wij al dat Europese beslissingen en initiatieven bepaalde sectoren sterk kunnen beïnvloeden. Die invloed is bindend maar heeft heel wat positieve aspecten en verleent nieuwe rechten aan de Europese burgers.

Volgens sommigen zijn meer maatregelen de enige manier om de verschillen tussen de lidstaten weg te werken, evenals de oprichting van een Europa van de gezondheid dat in de eerste plaats ten dienste van de gezondheid van de Europese burgers staat en waarin de macht van de economische lobby's beperkt wordt. De AIM, Association Internationale de la Mutualité, geeft hiermee een antwoord op de plannen van Jean-Claude Juncker voor de toekomst van Europa en gebruikt hierbij zijn woorden:

“Wij roepen de EU op tot een krachtiger optreden op het vlak van gezondheid dat de EU dichter bij haar burgers zal brengen door de patiënten en verbruikers te beschermen en de gezondheid van de mensen te verbeteren. Wij roepen de EU op om actie inzake gezondheid te ondernemen die de samenwerking tussen landen bevordert, de acties van de lidstaten integreert en hen helpt om de unieke uitdagingen waarmee zij geconfronteerd worden, aan te pakken. Wij roepen de EU op om actie te ondernemen inzake gezondheid die ondersteund wordt door een stevig gezondheidsprogramma van de EU en die geleid wordt door een specifieke Directie bij de Europese Commissie – vrije vertaling.”³⁵

3. Europees beleid met een onrechtstreeks invloed op gezondheid

3.1. Gezondheid en de andere bevoegdheden van de Unie

De impact van de Europese Unie inzake gezondheid beperkt zich niet tot de actiedomeinen die in de verdragen van de Unie vermeld zijn. Zelfs al realiseerde de EU, zoals wij al zagen, heel wat beleid via haar macht om het nationale beleid te ondersteunen, te coördineren en te verrijken, toch kan zij veel meer impact hebben wanneer het Europese beleid andere doelstellingen beoogt (die soms ver hiervan verwijderd zijn)³⁶.

De eenheidsmarkt die het principe van vrij verkeer van personen, goederen, diensten en kapitaal bezegelt ligt ten grondslag aan wat de Europese Unie onderneemt. Deze

30 AANBEVELING VAN DE RAAD betreffende een optreden op het gebied van zeldzame ziekten 2009/C 151/02

31 Mededeling van de Commissie van het Europees Parlement, aan de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en aan het Comité van de regio's – Zeldzame ziekten: een uitdaging voor Europa (11 november 2008).

32 Belgisch plan voor zeldzame ziekten, december 2013.

33 RaDiOrg (maart 2017), *Het Belgische plan voor zeldzame ziekten*, hier beschikbaar: <http://radiorgnl.squarespace.com/beleiddelgischplan>

34 Senn, A. (2006), op. cit.

35 Turnbull, A. & Greco, M. (6 juni 2017). *EU Health Collaboration is crucial for Europe's future*, AIM mutual, hier beschikbaar: http://aim-mutual.org/wp-content/uploads/2017/06/letter_value-of-health-cooperation-final-2.pdf

36 Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask* (pp. 59-61). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

principes zijn van toepassing op vele sectoren, ook die van de gezondheid. De logica van de interne markt blijkt duidelijk uit het voorbeeld van de grensoverschrijdende zorg en de mogelijke mobiliteit van patiënten³⁷.

Toch gelden onmiddellijk een reeks beperkingen voor het beginsel van vrij verkeer inzake gezondheid. Vooreerst wordt dit beginsel genuanceerd doordat de lidstaten bevoegd zijn om hun gezondheidsstelsel te organiseren alsook de prestaties die het dekt. Vervolgens wordt het vrije verkeer omkaderd door de mogelijkheid die de bevoegde lidstaat heeft om de mobiliteit te onderwerpen aan het afleveren van een toelating maar ook aan regels inzake berekening van de terugbetalingsbedragen. Ten slotte zijn de gezondheidszorgdiensten uitgesloten van de Dienstenrichtlijn³⁸ die meer bepaald op grensoverschrijdende dienstverlening betrekking heeft. De gezondheidsdiensten net zoals de diensten van algemeen niet-economisch belang en de sociale diensten zijn dus niet aan dezelfde regels onderworpen als de andere meer 'klassieke' diensten.

a. Vrij verkeer van goederen en gezondheid

Sinds 1965 probeert de Unie inzake vrij verkeer van goederen bijvoorbeeld de regels voor de commercialisering van farmaceutische producten in de Unie te harmoniseren³⁹. De geneesmiddelensector is vandaag trouwens één van de meest gereguleerde sectoren van de interne markt. De Europese wetgeving maakt het mogelijk om een licentie op Europees (of nationaal) niveau te bekomen met slechts één enkele procedure die voor bepaalde types producten verplicht is⁴⁰.

Met deze regels kan de kwaliteit van de geneesmiddelen wel gemakkelijker gecontroleerd worden, maar men kan zich afvragen of die aanpak verder zou zijn uitgewerkt als dit geen economische meerwaarde voor de eenheidsmarkt opleverde maar enkel een meerwaarde inzake gezondheid.

b. Vrij verkeer van personen en gezondheid

De recente controverse over de RIZIV- nummers in België deed de vraag rijzen inzake gezondheidswerkers die werkzaam zijn

buiten het land waar zij hun diploma behaalden. Vorig jaar hadden 388 van de 1.715 artsen die in België hun RIZIV-nummer kregen een buitenlands diploma⁴¹. Dankzij de regels van de eenheidsmarkt kunnen gezondheidswerkers zich in een ander land van de Europese Economische Ruimte vestigen⁴². Binnen dat kader is discriminatie inzake werk of loon verboden en de kwalificaties worden automatisch erkend via het principe van wederzijdse erkenning. Dat principe geldt voor zowel artsen als verpleegkundigen, tandartsen, vroedvrouwen en apothekers⁴³. Sommigen zien hierin een kans om tekorten op te vangen (meer bepaald in de verplegingssector) terwijl anderen dit als een vorm van concurrentie zien⁴⁴.

Algemeen wordt gezondheid gebruikt als een instrument om één van de hoofddoelstellingen van de Unie na te streven: de ongelijkheden tussen de verschillende Europese regio's verminderen. Jammer genoeg zijn die verschillen significant met bijvoorbeeld acht jaar verschil in levensverwachting tussen de best en de slechtst gerangschikte lidstaten⁴⁵.

Zoals grafiek 1 toont, investeerde de Europese Unie meer dan 6 miljard euro in gezondheid tijdens de periode 2007-2013 via structurele hulpfondsen (zoals het Europees sociaal Fonds of het Cohesiefonds), programma's voor wetenschappelijk onderzoek of het 'gezondheidsprogramma' van de Unie⁴⁶.

Heel wat andere actieterreinen van de EU hadden een impact op de gezondheidssector. Het sociaal beleid, het welzijnsbeleid, het beleid inzake wetenschappelijk onderzoek, concurrentie, de staatshulp of de diensten van algemeen belang zijn hiervan slechts een paar voorbeelden.

Sinds enkele jaren doet het domein van het gemeenschappelijk economisch bestuur, anders gezegd het injunctievermogen van de Europese Unie bij het beheer van de openbare financiën van de lidstaten, meer over zich spreken⁴⁷. Dit domein zullen wij bespreken in het volgende gedeelte nadat wij eerst de problematiek van de handelsakkoorden en hun potentiële impact op de organisatie van de gezondheidszorg in de Europese Unie (en meer bepaald in België) in herinnering gebracht hebben.

37 Zie http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy_frn en de verordeningen betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels die hierboven aangehaald werden.

38 Artikel 2, f Richtlijn 2006/123/EG van 12 december 2006 betreffende de diensten op de interne markt, JOUE 27/12/2006, bij het publiek beter bekend als de "Richtlijn Bolkestein".

39 Hauray, B. (2005). *L'Europe du médicament: politique-expertise-intérêts privés*. Presses de Sciences Po.

40 Onder meer die welke een actieve substantie bevatten die dateert van na 2004 voor de behandeling van HIV, AIDS, kanker of diabetes.

41 Votron, V. (27 juli 2016). *Numéros Inami: un quart des nouveaux médecins diplômés de l'étranger*, RTBF Info, (https://www.rtbf.be/info/regions/detail_numeros-inami-un-quart-des-nouveaux-medecins-diplomes-de-l-etranger?id=9363604)

42 Artikel 45ff EU-Werkingsverdrag.

43 Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de Raad van 7 september 2005 betreffende de erkenning voor beroepskwalificaties.

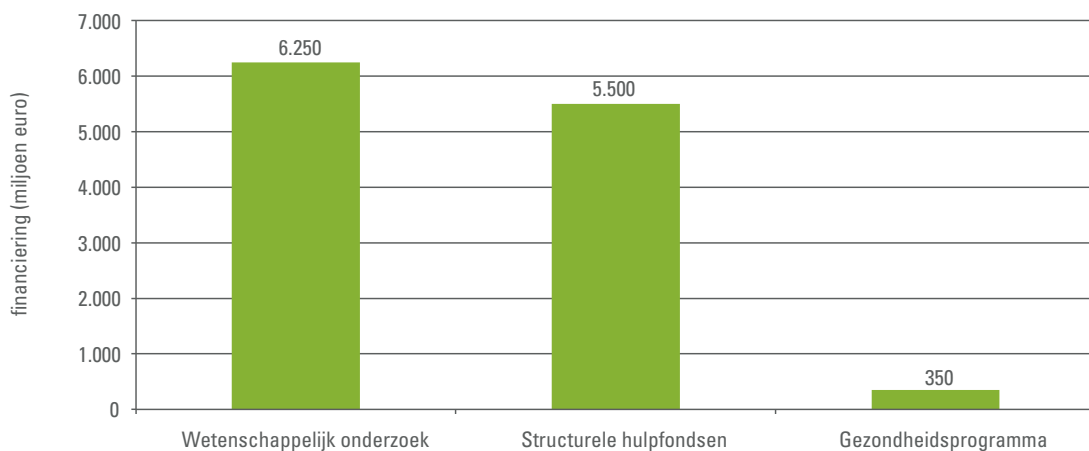
44 Votron, V. (27 juli 2016), *Numéros Inami: un quart des nouveaux médecins diplômés de l'étranger*, op. cit.

45 Zie OECD/EU (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>

46 Zie EU-gezondheidsprogramma dat online beschikbaar is: https://ec.europa.eu/health/programme/policy_nl.

47 Greer, S. L. (2014). The three faces of European Union health policy: Policy, markets, and austerity. *Policy and Society*, 33(1), 13-24.

Grafiek 1: Europees Fonds voor de gezondheidssector (2007-2013)



Bron: Watson J. Health and structural funds in 2007–2013: country and regional assessment. Brussels, DG Health and Consumer Protection, 2009 (http://ec.europa.eu/health/health_structural_funds/docs/watson_report.pdf)

3.2. TTIP, CETA en de gevolgen ervan voor onze gezondheidszorg⁴⁸

Artikel 34 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie garandeert gelijke toegang voor iedereen tot gezondheidszorg- en sociale diensten. Dit recht wordt in België geconcretiseerd door de regeling inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering die een universele toegang tot gezondheidszorg garandeert.

Om de toegang tot deze diensten te waarborgen, voorziet het Europese recht in uitzonderingen op de toepassing van de regels van de interne markt voor de openbare diensten en de zogenaamde diensten van 'algemeen belang'⁴⁹. De dienst in kwestie beantwoordt immers aan de kenmerken die de jurisprudentie van het Europees Hof van justitie⁵⁰ bepaalde en de Commissie⁵¹ overnam, maar de lidstaten kunnen beslissen om de concurrentieregels niet toe te passen⁵². De verplichte ziekteverzekering en de activiteiten van de ziekenfondsen zijn

in België dus vrijgesteld van de mededingingsregels voor de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering en de organisatie van de aanvullende verzekeringen⁵³.

Bij de onderhandelingen over TTIP en CETA worden die principes echter opnieuw in vraag gesteld. De openbare diensten en de diensten van algemeen belang zijn potentieel bedreigd in meerdere opzichten. De Europese commissie kreeg van de lidstaten een onderhandelingsmandaat en maakte voorbehoud met het doel de openbare diensten en de diensten van algemeen belang te vrijwaren en te beschermen ten aanzien van de mededingingsregels⁵⁴. Jammer genoeg hebben die voorzorgen grenzen: met CETA en TTIP zullen investeerders klacht kunnen indienen bij een investment court system (ICS) als de regulering van nationale diensten zou indruisen tegen hun belangen. Concreet zouden de ondernemingen door die verdragen een preventiebeleid van de nationale overheden kunnen aanvallen als zij menen dat dit hun financiële resultaten negatief beïnvloedt. Dit mechanisme zou de commerciële

⁴⁸ Voor een meer onderbouwde voorstelling over dit onderwerp vanuit een mutualistisch oogpunt: Chapelle, A. (2015). Waarom maken de ziekenfondsen zich zorgen over een handelsovereenkomst? *CM Informatie* 261, 58-66.

⁴⁹ Voor een meer gedetailleerde uitleg: *Services sociaux d'intérêt général (SSIG)*, Centre d'économie sociale de l'Université de Liège: http://www.ces.ulg.ac.be/fr_FR/services/cles/dictionnaire/s---t---u/services-sociaux-d-interet-general-ssig en Sauter, W. (2008). Services of general economic interest and universal service in EU law. *European Law Review*, 33(2), 167-192.

⁵⁰ Onder andere, Arrêt CJUE du 16 mars 2004, Affaire C-264/01 – AOK-Bundesverband

⁵¹ Werkdocument van de Commissie, SWD(2013) 53, Europese Commissie, 29/04/2013

⁵² Artikel 106 TFUE.

⁵³ Artikel 67 van de wet van 26 april 2010 bevat verschillende bepalingen over de organisatie van de aanvullende ziekteverzekering

⁵⁴ Kunsch, C. & Vandenhemel, N. (2015). *Le CETA : petit frère du TTIP ?* http://www.moc-site.be/images/stories/pdf/2015/CETA_Presentation%20MOC_29.09.15.pdf

privésector een hefboom kunnen bieden om het Europees gezondheidsbeleid te beïnvloeden en zo de actoren van de niet-commerciële privésector (zoals onze ziekenfondsen) aan te zetten om zich te aligneren op de regels van de commerciële privésector (die van de privé-verzekeringen).

De clausules inzake markttoegang die bepalen dat de partijen geen maatregelen mogen voorzien die beperkingen opleggen op het aantal leveranciers of het volume verrichtingen⁵⁵, zouden rechtstreeks in conflict kunnen komen met de regels inzake planning van zorg in de Europese landen. Eén van de voorstellen van de farmaceutische industrie is meer bepaald om rekening te houden met het element 'innovatie' bij het bepalen van de prijs en terugbetaling. Het voorstel bevat een ruime definitie van het begrip vernieuwend product en geeft de farmaceutische industrie een doorslaggevende stem bij de procedures en het instellen van beroepsmiddelen voor de aanvrager. Bovendien bestaat via het mechanisme voor geschillenregeling tussen investeerders en Staten (net zoals voor de regulering van diensten) het risico dat de farmaceutische bedrijven een nationale overheid voor een internationale 'rechtbank' kunnen vervolgen wanneer een land beslist om een geneesmiddel niet langer terug te betalen. De Belgische ziekenfondsen pleiten reeds vele jaren voor een betere controle op de prijs van de geneesmiddelen⁵⁶. Sommige elementen hieromtrent zijn terug te vinden in het Pact dat met de farmaceutische industrie werd afgesloten⁵⁷. De bedrijven kunnen hun toevlucht echter zoeken in mechanismen die in deze vrijhandelsakkoorden staan en dat brengt de tot nu toe geleverde inspanningen op dit vlak in het gedrang.

De uitsluiting van de verplichte sociale zekerheid uit dit type verdrag waarborgt dus in theorie de soevereiniteit van de staten om hun gezondheidsbeleid te bepalen⁵⁸. Zoals wij echter al zagen kunnen de mechanismen die in deze verdragen zijn opgenomen, zoals het mechanisme voor geschillenregeling, wel onrechtstreeks het gezondheidsbeleid van de Europese lidstaten beïnvloeden.

Extreem gesteld zouden de Europese gezondheidsstelsels gevaarlijk kunnen verglijden naar het Amerikaanse gezondheidsstelsel dat vooral in handen van privéfirma's is en waartoe de toegang niet voor iedereen gegarandeerd is⁵⁹.

Sommigen zullen zeggen dat de lidstaten zelf vrijwillig mandaat aan de Commissie gaven om over een dergelijk verdrag te onderhandelen. De Commissie werd zo geacht de belangen van alle lidstaten te vertegenwoordigen. Jammer genoeg is het niet zo eenvoudig. Een groot aantal studies documenteert de invloed van de grote lidstaten op het beleid van de Europese Unie⁶⁰. Uiteindelijk moeten de nationale regeringen⁶¹ dit wel goedkeuren, maar een vaststelling is dat de inhoud van deze akkoorden in ruime mate wordt beïnvloed door de belangen van de grote lidstaten ten koste van de kleinere, minder machtige lidstaten op economisch en diplomatiek vlak⁶².

Anderzijds is de lobby van de commerciële ondernemingen uiterst machtig⁶³. Ondanks de vele protesten van het middenveld (meer bepaald onder de vorm van grote betogingen die zowat overal in Europa werden georganiseerd) sprak het Europees parlement zich uit vóór de voortzetting van de onderhandelingen⁶⁴ en keurde CETA goed⁶⁵.

Onder invloed van de lobby's en het feit dat de Commissie meer de belangen van bepaalde lidstaten dan andere verdedigt, lijkt de onderhandelingsprocedure complexer dan in theorie en uiteindelijk laat ze maar weinig ruimte voor de publieke opinie.

3.3. Gezamenlijk economisch bestuur, bezuinigingen en besparingen in de gezondheidszorg

De WGO stelt in een rapport van 2012 "*Les réponses des politiques de santé à la crise financière en Europe*" dat de crisis die in 2007 begon, "een sterk negatief effect had op de beschikbaarheid van middelen voor het gezondheidszorgstelsel

55 Zie CETA Artikel 9.6, Hoofdstuk XIX Grensoverschrijdende handel van diensten

56 België is één van de landen waarvan de inwoners het meeste geld aan geneesmiddelen besteden. Zie OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en

57 zie Lebbe, C. (2016). Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie. CM-Informatie, nr. 264, 37-43.

58 Zie "Instrument interprétatif commun concernant l'accord économique et commercial global" (CETA) tussen Canada en de Europese Unie en haar lidstaten.

59 Het debat over de afschaffing van de Affordable Care Act of Obamacare deed die vaststelling opnieuw opduiken in het debat. Zie: Frean, M., Gruber, J., & Sommers, B. D. (2016). Disentangling the ACA's Coverage Effects—Lessons for Policymakers. *New England Journal of Medicine*, 375(17), 1605-1608 en Blumberg, L. J., Buettgens, M., & Holahan, J. (2016). Implications of Partial Repeal of the ACA through Reconciliation. *Washington, DC: Urban Institute*.

60 Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2005). Coping with the Lilliput Syndrome: Large vs. Small Member States in the European Convention. *European Public Law*, 11(1), 83; Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2003). *Large and small member states in the European Union: Reinventing the balance*. Paris: Notre Europe.

61 En de deelstaten in België

62 Tallberg, J. (2008). Bargaining power in the European Council. *JCMS: journal of common market studies*, 46(3), 685-708 en Bunse, S., Magnette, P., & Nicolaidis, K. (2005). *Is the commission the small member states' best friend?* Svenska institutet för europapolitiska studier (SIEPS). http://kalypsonicolaidis.com/wp-content/uploads/2015/02/2005_IsTheCommissionBestFriend.pdf

63 Vanheste, T. (2016). *Big business orders its pro-TTIP arguments from these think tanks*, The Correspondent, <https://thecorrespondent.com/3884/big-business-orders-its-pro-ttip-arguments-from-these-think-tanks/179184456-59671a10>

64 Stemming van de Belgische parlementsleden over het 3de luik van de TTIP-onderhandelingen: http://www.no-transat.be/sites/default/files/No-Transat_en.pdf

65 Stemming van het Europees parlement van 15/02/2017 waardoor het verdrag vanaf 1 april 2017 voorlopig van toepassing is.

of een sterk positief effect had op de vraag naar gezondheidsdiensten⁶⁶.

Dit rapport merkt op dat “de besparingen in de overheidsuitgaven voor gezondheid om op de economische crisis te reageren zich voordoen op het moment wanneer voor de gezondheidsstelsels meer en niet minder middelen nodig zijn, meer bepaald om de nefaste gevolgen van werkloosheid op de gezondheid op te vangen”⁶⁷.

Griekenland was één van de landen die bijzonder getroffen werden door de besparingsmaatregelen in de gezondheidszorgsector. Zoals de organisatie Dokters van de Wereld herinnert, “in theorie biedt het Grieks universeel publiek gezondheidsstelsel aan verzekerden met een zeer laag inkomen de mogelijkheid om gratis naar de huisarts te gaan en geneesmiddelen te krijgen, maar het vereiste gezondheidsboekje om niets te hoeven betalen, krijgen heel wat onder hen niet hoofdzakelijk wegens de complexe administratieve procedures in Griekenland. Sinds oktober 2010 vragen alle openbare ziekenhuizen 5 euro toegangsgeld en ook de bijkomende onderzoeken moeten betaald worden. Door die maatregel wordt een groot aantal gebruikers uitgesloten”⁶⁸. Jammer genoeg is dit voorbeeld niet het enige: in de gezondheidszorg werd veel bespaard om het effect van de crisis op de overheidsfinanciën te beperken in heel wat EU-landen.

Ondanks dat vele onderzoekers binnen het domein van de gezondheidszorg duidelijk anticipeerden op de impact hiervan⁶⁹, werd een besparingsbeleid gevoerd in Europa met een zeer negatieve impact op de gezondheid van de bevolking, vooral voor de meest kwetsbaren⁷⁰. Meer bepaald in het kader van de Europese Semesters werden talrijke budgettaire aanbevelingen inzake gezondheidszorg geformuleerd⁷¹ en op dat mechanisme gaan wij ons nu concentreren.

Het Europese Semester is een systeem om het economisch en budgettair beleid van de lidstaten te coördineren waarbij rond drie assen wordt gewerkt: (1) de structurele hervormingen voor groei en tewerkstelling (strategie Europa 2020); (2) het begrotingsbeleid (stabiliteits- en groeipact); (3) het voorkomen van overdreven macro-economische onevenwichten.

De Europese commissie publiceert in dit kader ieder jaar economische vooruitzichten op basis van het onderzoek naar de groei en neemt hierin algemene economische prioriteiten op voor de EU voor het volgende jaar⁷². Op basis van dit rapport stellen de lidstaten hun stabiliteits- of convergentieprogramma en hun nationaal hervormingsprogramma op. Hierin nemen zij hun begrotingsstrategie op en de beoogde economische en financiële hervormingen en hervormingen inzake leefmilieu als antwoord op de economische prioriteiten voor de EU. De Commissie formuleert vervolgens op basis van deze programma's specifieke aanbevelingen per land. De aanbevelingen van de Commissie kunnen zowel preventief als bijsturend zijn.

Tijdens de zwaarste periodes in de crisis, beslisten de leiders van de EU-landen, meer bepaald de lidstaten van de eurozone, om de controle door de Europese Unie op de zogenaamde criteria van ‘Maastricht’ inzake de overheidsfinanciën te versterken (meer bepaald de ratio schuld/BBP lager dan 60% en minder dan 3% structureel overheidstekort).⁷³

In dat kader en om de begrotingsdiscipline te handhaven en onevenwichten te vermijden, bekrachtigden de landen van de Eurozone het pact inzake de stabiliteit, de coördinatie en de governance, vaak het Europees ‘Begrotingspact’ genoemd. De inhoud van dit verdrag valt eigenlijk niet onder het Europees recht. Dit is een intergouvernementeel akkoord dat op bepaalde instellingen van de Unie steunt. Het Verenigd Koninkrijk ondertekende dit niet mee en ondergaat dus niet de impact van de aanbevelingen van de Commissie hieromtrent.

Het stabiliteits- en groeipact werd aldus versterkt met “packs” van guidelines en andere wetgevingen (vooral de “two-pack” en “six-pack”) die een aantal verplichtingen voor de lidstaten invoeren waardoor de Commissie de overheidsuitgaven gemakkelijker maar ook strenger kan controleren.

Wanneer een land zijn engagementen inzake overheidsschuld en begrotingstekort niet nakomt, activeert de Commissie de “Procedure bij buitensporige tekorten”. Het land krijgt dan zes maanden om te reageren door plannen op te stellen om een stabiel evenwicht van de overheidsfinanciën te bereiken, zo niet zal de Commissie aanbevelingen formuleren. Het

66 WHO (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe. On line beschikbaar: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf?ua=1

67 *Ibidem*

68 Médecins du monde (2013). *L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*, p.4. Online beschikbaar: <https://mdmeuroblog.files.wordpress.com/2014/01/mdm-full-report-crisis-and-rising-xenophobia.pdf>

69 Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *Bmj*, 347, f5239.

70 Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.

71 Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753

72 Voor een vollediger kritische analyse, zie Zeitlin, J., & Vanhercke, B. (2014). Socializing the European Semester. *Economic governance and social policy coordination in Europe, 2020, 2014-17* en Costamagna, F. (2013). The European Semester in Action: Strengthening Economic Policy Coordination While Weakening the Social Dimension? LPF-WEL Working Paper No. 5. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2367768>

73 European Commission. *Economic and financial affairs: the European Semester*. Brussels, European Commission, 2013, on line beschikbaar: http://ec.europa.eu/economy_finance/economic_governance/the_european_semester/

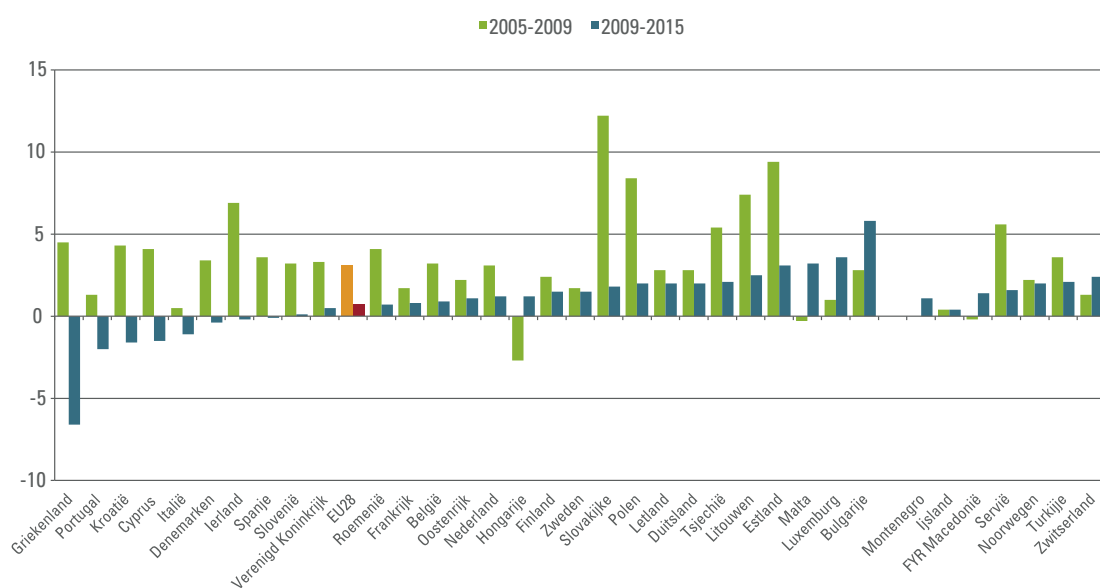
“correctieve” luik van de aanbevelingen kan bepaalde maatregelen opleggen zoals boetes, een uitnodiging van de Europese Investeringsbank (EIB) om hun ontleningsbeleid aan een land te herzien of nog een opschorting van de financiële hulp, zoals vanuit de cohesiefondsen⁷⁴.

Uiteraard ontsnapt de financiering van de gezondheidszorg niet aan de aanbevelingen van de Commissie. De gezondheidszorguitgaven vertegenwoordigen gemiddeld 9% van het BBP van de EU-lidstaten⁷⁵ en zijn dus bij uitstek een doelwit voor besparingen. We stellen echter vast dat de aanbevelingen van de Commissie en de Raad die rechtstreeks op het gezondheidsstelsel betrekking hebben uiterst algemeen zijn⁷⁶. De verbetering van de “efficiëntie – kostprijs” van de gezondheidszorg staat wel vaak in de aanbevelingen maar zelden worden dit voorstellen voor concrete, praktische maatregelen. De

Commissie beveelt niet rechtstreeks aan om te snoeien in de gezondheidszorg maar spreekt eerder van “reorganisatie van de zorg” of van “risico van begrotingstraject”. Als de overheidsuitgaven verminderd moeten worden om aan het stabiliteits- en groeipact te voldoen, komt de gezondheidszorgsector vaak in het vizier om er aanzienlijk te besparen⁷⁷.

Vele landen hebben aldus als antwoord op de crisis hun budget voor gezondheidszorg verminderd. Bulgarije en Litouwen verminderden bijvoorbeeld hun budget met 20% want door de sterke stijging van de werkloosheid waren de sociale bijdragen om de zorg te financieren, fors teruggevallen. Op enkele uitzonderingen na, hebben alle Europese landen beslist om het budget of de groei van de uitgaven voor gezondheidszorg te verminderen of zij werden hiertoe verplicht (zie grafiek 2)⁷⁸.

Grafiek 2: jaarlijks groeipercentage (%) van de reële uitgaven voor gezondheidszorg per inwoner, 2005 tot 2015



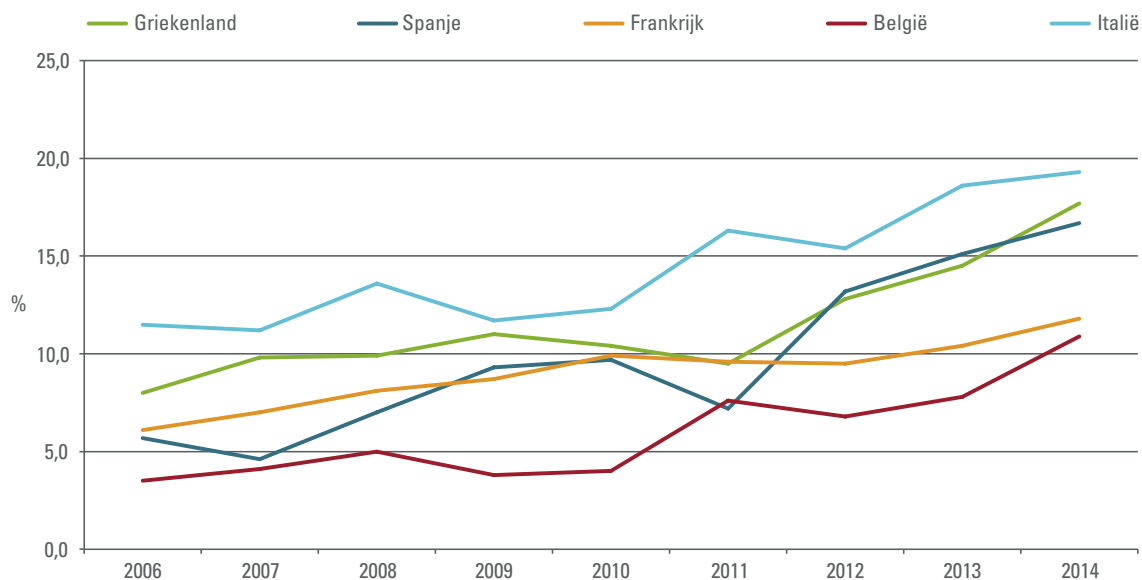
Source: OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en

- ⁷⁴ Europe 2020, Semestre européen 2016, disponible en ligne : http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_fr.htm; pour le rapport pour la Belgique en 2016, voir http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/csr2016/cr2016_belgium_fr.pdf
- ⁷⁵ Voor een kritische analyse van deze regels die kort na de ondertekening van het Verdrag van Maastricht gemaakt werd, zie Buiter, W., Corsetti, G., & Roubini, N. (1993). Excessive deficits: sense and nonsense in the Treaty of Maastricht. *Economic Policy*, 8(16), 57-100
- ⁷⁶ Voor een kritische analyse van de bijsturingmaatregelen, zie Geist R. Macroeconomic conditionality: another brick in the austerity wall. *Social Europe Journal Blog*, 2013, 28 October, <http://www.social-europe.eu/2013/10/macroeconomicconditionality- another-brick-in-the-austerity-wall/>
- ⁷⁷ Azzopardi-Muscat, N., Clemens, T., Stoner, D., & Brand, H. (2015). EU Country Specific Recommendations for health systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors. *Health Policy*, 119(3), 375-383.
- ⁷⁸ Bijvoorbeeld, Greer, S. L., Fahy, N., Elliott, H. A., Wismar, M., Jarman, H., & Palm, W. (2014). *Everything You Always Wanted to Know about European Union Health Policies But Were Afraid to Ask* (pp. 59-61). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, pp.124-127.

Dat beleid heeft jammer genoeg heel wat gevolgen. Zoals de auteurs van de studie *Austerity and Health in Europe* vermelden "Deze recessie leidde tot een stijging van het aantal mensen met een slechte gezondheid en een stijging van de angst- en depressiegraad bij de meest kwetsbare personen. Bovendien

zijn de incidentie van besmettelijke ziekten en de zelfmoordpercentages aanzienlijk gestegen"⁷⁹. Grafiek 3 illustreert dit: Sinds 2008 is het aandeel mensen met een laag inkomen die zich niet konden laten verzorgen, sterk gestegen en dat fenomeen heeft zelfs de neiging te versnellen sinds 2012⁸⁰.

Grafiek 3: Veranderingen in de medische behoeften in de laagste inkomenscategorïeën waaraan om financiële redenen niet werd voldaan (percentages binnen deze populatie), 2006-2014



Bron: Zie OECD (2016). *Health at a glance: Europe 2016*. Beschikbaar on line : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2016_9789264265592-en

4. Conclusie

Zoals wij in het eerste deel van dit artikel zagen, ontwikkelden de bevoegdheden van de EU inzake gezondheid zich de jongste twintig jaar. Het gezondheidsbeleid uittekenen blijft bij voorrang de bevoegdheid van de lidstaten maar de Unie ontwikkelt hierbij een coördinerende en ondersteunende rol via diverse acties (richtlijn over de grensoverschrijdende zorg, initiatieven van de Commissie inzake onderzoek, aanbevelingen om de efficiëntie van de zorg te verbeteren, enz.). Wanneer de Unie op basis van haar formele bevoegdheden inzake gezondheid optreedt, gaat zij aan de burgers nieuwe rechten toekennen bovenop de rechten die zij op nationaal niveau hebben. De Unie coördineert dus het bestaande beleid in Europa om het efficiënter te maken

zonder aan de kwaliteit van de gezondheidszorgstelsels te raken.

De invloed van de Unie inzake gezondheid beperkt zich echter niet tot haar rechtstreekse bevoegdheden. De toepassing van een globaler beleid heeft rechtstreekse gevolgen voor de organisatie van de gezondheidszorg in Europa. Wij hebben twee materies verder uitgediept en zagen dat de Europese Unie de macht heeft om te raken aan de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg: de vrijhandelsakkoorden en het gemeenschappelijk economisch bestuur.

De impact van de actie van de Unie inzake gezondheid is dus een tweesnijdend zwaard: de EU kent nieuwe rechten toe aan de Europese burgers door rechtstreeks in te werken op het

⁷⁹ Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health policy*, 113(1), 13-19.

⁸⁰ Reeves, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2015). The attack on universal health coverage in Europe: recession, austerity and unmet needs. *European journal of public health*, 25(3), 364-365.

gezondheidsbeleid maar bedreigt hiermee de goede werking van de nationale gezondheidsstelsels via een besparingsbeleid dat vorm krijgt in de handelsverdragen en de overheidsfinanciën.

Vergeet echter niet dat de lidstaten (via de Europese Raad, de top van de staats- en regeringsleiders) aan de Commissie het mandaat gaven om te gaan onderhandelen over TTIP en CETA. Het Europees parlement zelf sprak zich meermaals gunstig uit over deze verdragen. Het Europees Semester is een procedure die sinds 2010 in de Europese verdragen is opgenomen en waarover de lidstaten en het Europees Parlement zich moesten uitspreken.

Wanneer sommige regeringen vandaag beslissen om gezondheid als een 'aanpassingsvariabele' te beschouwen, mag men niet vergeten dat dit een beleidskeuze is. Dankzij uw stem, op zowel nationaal, Europees of gewestniveau en onze mobilisering kunnen wij dus bepalen welke richting de EU met een indirecte impact op gezondheid uitgaat.

Het is ook simplistisch te denken dat de bedragen die naar Europa gaan, rechtstreeks opnieuw in het gezondheidszorgstelsel gepompt kunnen worden. Het pro-Brexit argument in verband met de financiering van gezondheid bleek verkeerd, al zeer snel nadat het uitgesproken was⁸¹. Het cijfer van 350 miljoen pond per week is immers een bruto cijfer dat geen rekening houdt met de belangrijke bedragen die naar het Verenigd Koninkrijk terugvloeien onder de vorm van landbouw- en

andere EU-subsidies, de structurele fondsen en subsidies voor onderwijs/opvoeding en onderzoek inbegrepen.⁸² Deze simplistische redenering houdt dus geen rekening met de economische voordelen die Europa aan het Verenigd Koninkrijk geeft, meer bepaald inzake handelsbetrekkingen. De Brexit zou daarentegen de problemen om de gezondheidszorg in Groot-Brittannië te organiseren, kunnen verergeren.⁸³ Uit meerdere studies blijkt dat de Brexit trouwens niet tot meer regulering inzake tabak, samenwerking tussen wetenschappers, milieu-wetgeving of toegankelijkheid van de zorg zou moeten leiden.⁸⁴

Zoals wij bovendien zagen, heeft het mechanisme van het Europees Semester geen rechtstreekse impact op het Verenigd Koninkrijk want zij ondertekenden het budgettair pact niet. Zij krijgen enkel aanbevelingen pro forma en kregen die trouwens nooit inzake gezondheid. De Engelsen kunnen voor hun vertrek uit de EU dus niet inroepen dat zij besparingen opgelegd kregen waardoor zij onvoldoende budget aan hun gezondheidszorg kunnen besteden.

Als de Engelsen of de Belgen hun gezondheidszorgstelsels meer solidair en breder toegankelijk willen maken en zorg van betere kwaliteit willen bieden, moeten de burgers eerst ervoor zorgen dat zij stemmen voor regeringen die dat eveneens willen. De standpunten van de Europese Raad weerspiegelen die van de regeringen van de lidstaten waar nu een liberale oriëntering van het gezondheidsbeleid te zien is.

81 Dhingra, S., Breinlich, H., Ottaviano, G. I., Sampson, T., & Reenen, J. V. (2016). BREXIT 2016 - Policy analysis from the Centre for Economic Performance. Centre for Economic Performance. London School of Economics and Political Science.

82 Asthana, A. & Mason, R. (1 juli 2016). Michael Gove launches Tory leadership bid with Brexit promise, *The Guardian*, on line beschikbaar: <https://www.theguardian.com/politics/2016/jul/01/michael-gove-launches-tory-leadership-bid-with-brexit-promise>

83 Wollaston, S. (2016). Brexit should come with a health warning for the NHS, public health, and research. *BMJ*, 353, i2747.

84 McKee, M., & Galsworthy, M. J. (2016). Brexit: a confused concept that threatens public health. *Journal of Public Health*, 38(1), 3-5.

Verdediging van het recht op zorg en gezondheid voor iedereen, van internationaal naar lokaal ... en omgekeerd

Valérie Van Belle, Thomas Istasse, Pieter Van Wolvelaar, dienst internationale samenwerking van LCM

Met medewerking van Naïma Regueras, dienst R&D van LCM

Samenvatting

Na een korte toelichting over de internationale context over gezondheid, heeft dit artikel als doel de rol van de mutualiteiten met betrekking tot een universele dekking van de gezondheidszorg te onderzoeken. Dit is één van de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling die door de Verenigde Naties zijn vastgelegd. Vervolgens bestuderen we de acties van CM met haar partners van het Zuiden en het Oosten (technische bijstand, versterken van capaciteit, studies en beleidsbeïnvloeding, leer van het solidair wereldburgerschap, mobilisatie van lokaal niveau naar internationaal niveau) door ze telkens met een concreet voorbeeld te verduidelijken.

Sleutelwoorden: internationale samenwerking, doelstellingen voor duurzame ontwikkeling, recht op gezondheid, universele dekking van de gezondheidszorg, mutualiteiten, partnerschap, Afrika, technische bijstand, versterking van capaciteit, beleidsbeïnvloeding, leer van het solidair wereldburgerschap, mobilisatie

1. Evolutie van de internationale context op het vlak van gezondheid

Hoewel de levensverwachting in de wereld blijft stijgen, met 5 jaar tussen 2000 en 2015¹ - wat een aanzienlijke stijging is - blijven er binnen één land en tussen landen onderling grote gezondheidsongelijkheden bestaan.

Kinderen die in 2015 geboren zijn, kunnen ervan uitgaan dat ze tot 71,4 jaar oud worden (73,8 jaar voor meisjes en 69,1 jaar voor jongens), maar op individueel niveau is het vooruitzicht afhankelijk van de geboorteplaats. Pasgeboren kinderen in 29 landen, allemaal met een hoog inkomen, hebben een gemiddelde levensverwachting van minstens 80 jaar, terwijl in 22 andere landen, allemaal Afrikaanse landen ten zuiden van de Sahara, de gemiddelde levensverwachting lager dan 60 jaar ligt.

Hoe kunnen we in deze wereldwijde context, waar ongelijkheden blijven toenemen, zorgen voor een betere verdeling van economische en sociale vooruitgang? Hoe kunnen we armoede bestrijden en individuen en families helpen om het hoofd te bieden aan tegenslagen in het leven, zoals ziekte, inkomensverlies, een financiële crisis of onverwachte rampen?

We moeten hiervoor diverse en complexe uitdagingen overwinnen, op de eerste plaats het klimaat en de demografie. Wat betreft de vele risico's, moeten de staten geleidelijk sociale systemen tot stand brengen die meer beschermend en rechtvaardig zijn, in plaats van ze te ontmantelen, zoals de Europese landen geneigd zijn te doen als reactie op de crisis van openbare financiën. Het is in ieders belang dat een zo hoog mogelijk niveau van sociale bescherming wordt gevestigd, in plaats van uit te monden in een veralgemeende sociale dumping.

¹ Rapport 2016 over de wereldgezondheid

Sustainable Development Goals (SDG's)

De Verenigde Naties hebben in september 2015 doelen inzake gezondheid vastgelegd in de **doelstellingen voor duurzame ontwikkeling** (SDG). Belangrijke tekortkomingen op het vlak van gegevens moeten worden weggewerkt om de vooruitgang voor de SDG op het vlak van gezondheid op te volgen. Er wordt bijvoorbeeld geschat dat 53% van de overlijdens in de wereld niet wordt geregistreerd.

Hoewel de millenniumdoelstellingen voor ontwikkeling (MDG; Millennium Development Goals), die vooraf gingen aan de SDG, aandacht hadden voor een beperkte verzameling specifieke gezondheidsdoelen voor bepaalde ziektes tegen het jaar 2015, zijn de SDG gericht op 2030 en hebben ze een grotere draagwijdte. Ze omvatten een algemene doelstelling voor gezondheid "Iedereen in staat stellen om gezond te leven en het welzijn van iedereen op elke leeftijd bevorderen" en verzoeken met name om de invoering van "een universele dekking van de gezondheidszorg, die bescherming biedt tegen financiële risico's en toegang geeft tot kwaliteitsvolle essentiële gezondheidsdiensten en tot betrouwbare, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betaalbare geneesmiddelen en vaccins."

De Internationale gezondheidsstatistiek van dit jaar tonen dat bepaalde landen, met name in de regio's van Afrika en het oostelijke Middellandse-Zeegebied, nog ver verwijderd zijn van de universele dekking van de gezondheidszorg, zoals gemeten aan de hand van het beoordelingscriterium van **toegang tot 16 essentiële diensten**. Elk jaar moeten ongeveer 44 miljoen huishoudens, dat wil zeggen meer dan 150 miljoen mensen ter wereld, het hoofd bieden aan catastrofale uitgaven², en ongeveer 25 miljoen huishoudens of meer dan 100 miljoen individuen belanden in armoede, omdat ze voor deze diensten moeten betalen. Bovendien gaat de impact van rechtstreekse betalingen door de gebruiker van de gezondheidszorg verder dan alleen de catastrofale uitgaven. Veel mensen beslissen om geen beroep te doen op de diensten, gewoonweg omdat ze zich hetzij de directe kosten, zoals consultaties, geneesmiddelen en laboratoriumtests, hetzij de indirecte kosten, zoals vervoer en speciale voeding, niet kunnen veroorloven. Arme gezinnen worden vaak nog armer wegens de negatieve gevolgen van ziekte op hun inkomen en hun algemeen welzijn. Eén van de bezorgdheden van de beleidsmakers moet erin bestaan de bevolking te beschermen tegen een financiële ramp en tegen een verarming als gevolg van het gebruik gezondheidszorgdiensten.

Het verslag bevat gegevens die de ongelijkheden op het gebied van toegang tot gezondheidsdiensten in de landen, tussen de armste inwoners van een bepaald land en het nationale gemiddelde voor de gezondheidszorg voor moeders, kinderen en de reproductieve gezondheidszorg in haar geheel illustreren. Van een beperkt aantal landen met recente gegevens, staan Costa Rica, Jordanië, de Maldiven, Mongolië, Oezbekistan, Swaziland en Thailand bovenaan hun respectieve regio's wat betreft de meest gelijke toegang tot gezondheidszorg voor moeders, kinderen en reproductieve gezondheidszorg.

2. Universele dekking van de gezondheidszorg (UHC, Universal Health Coverage)

De doelstellingen voor duurzame ontwikkeling (SDG) wijzen op een vernieuwd internationaal engagement ten gunste van de gezondheidszorg, ondersteund door doel 3.8 betreffende de universele dekking van de gezondheidszorg (UHC): **"Ervoor zorgen dat iedereen kan genieten van een universele dekking van de gezondheidszorg, die bescherming biedt tegen financiële risico's en toegang geeft tot kwaliteitsvolle essentiële gezondheidsdiensten en tot betrouwbare, doeltreffende, kwaliteitsvolle en betaalbare medicijnen en vaccins"**. Volgens Margaret Chan, directeur-generaal van de WGO (tot eind juni 2017), is "de universele dekking van de gezondheidszorg het meest doeltreffende concept dat de volksgezondheid kan

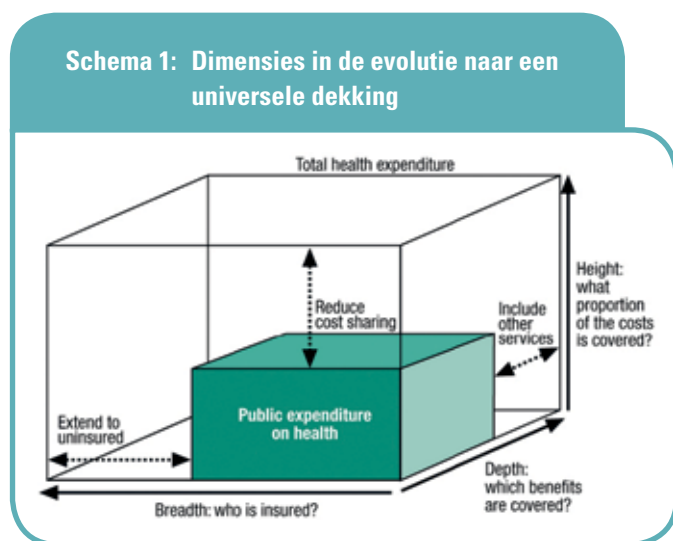
bieden. Ze heeft betrekking op alle individuen. Ze verenigt de diensten en levert deze diensten op alomvattende en geïntegreerde wijze, op basis van de primaire gezondheidszorg."

Volgens de WGO moet er met drie dimensies rekening worden gehouden bij de evolutie in de richting van een universele dekking (schema 1):

- Toename: vermindering van de kosten voor gezondheidszorg, vooral voor rechtstreekse betalingen ("out-of-pocketkosten" of OOP), zodat de kosten voor gezondheidszorg geen financiële problemen veroorzaken voor de gebruikers.
- Uitbreiding: uitbreiding van de dekking naar groepen die, tot nu toe, uitgesloten worden van gezondheidszorg, zodat iedereen die dit nodig heeft toegang krijgt tot gezondheidszorg, ongeacht hun financiële middelen;

2 De gezondheidsuitgaven worden als catastrofaal beschouwd als ze hoger of gelijk zijn aan 40% van het inkomen dat niet voor het levensonderhoud van een huishouden wordt weerhouden, dat wil zeggen het beschikbare inkomen nadat aan de basisbehoeften is voldaan.

- Verdere ontwikkeling: uitbreiding van de diensten en prestaties, van primaire zorgen naar meer gespecialiseerde zorgen. Deze dimensie heeft ook betrekking op de kwaliteit van het zorgaanbod;



De staten moeten dus in deze drie richtingen vorderingen maken. De landen staan voor elk van deze dimensies evenwel voor moeilijke keuzes: voor welke groepen moet de dekking prioritair worden uitgebreid? Welke diensten moeten eerst worden ontwikkeld? Hoe schakelen we van een systeem van rechtstreekse betalingen door de gebruiker over naar een systeem van vooruitbetaling? Om hen te begeleiden, bevelen het adviescomité van de WGO voor rechtvaardigheid en de UHC een strategie van drie stappen aan:

- Verschillende categorieën diensten oprichten op basis van een kosten-batenanalyse om te bepalen welke diensten prioritair zijn voor de bevolking.
- Als eerste een universele dekking voor deze prioritair diensten verzekeren. Dit betekent het wegwerken van rechtstreekse betalingen (OOP), terwijl een systeem van verplichte vooruitbetaling wordt ingevoerd.
- Er hierbij voor zorgen dat de kwetsbare groepen (laag inkomen en plattelandsbevolking) niet worden uitgesloten.

3. De UHC en het recht op gezondheidszorg

Het recht op gezondheidszorg is een fundamenteel recht van de mens, dat wordt bekrachtigd door verschillende internationale instrumenten, waaronder de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, waarin in artikel 25 wordt bepaald: "Eenieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin."

Natuurlijk dragen de vorderingen in de richting van een universele dekking van de gezondheidszorg bij aan de verwezenlijking van het recht op gezondheidszorg:

- De UHC beoogt hoofdzakelijk het wegwerken van de financiële barrières voor toegang tot de gezondheidszorg, wat in overeenstemming is met de verplichting die voortvloeit uit het recht op gezondheidszorg dat de staten verplicht om voor iedereen, met inbegrip van de armsten, toegang tot een gezondheidszorgsysteem te verzekeren.
- De UHC heeft tot doel het gezondheidszorgsysteem in zijn geheel te versterken (in tegenstelling tot verticale programma's die gericht zijn op specifieke ziektes of infecties), wat aansluit bij de vereisten van het recht op gezondheidszorg om te beantwoorden aan de prioritair behoeften van de bevolking.
- Kortom, de UHC en het recht op gezondheidszorg zijn beide toepasselijk in alle landen, ongeacht hun niveau van economische ontwikkeling.

De UHC en het recht op gezondheidszorg zijn nochtans niet volledig equivalent:

- Het recht op gezondheidszorg vereist vooruitgang zowel op het niveau van het gezondheidszorgsysteem als op het niveau van de sociale gezondheidsdeterminanten. De instrumenten betreffende de UHC blijven echter vaag over de sociaaleconomische factoren van gezondheid.
- De aandacht die door de UHC wordt besteed aan de financiële barrières voor gezondheidszorg dreigt de aandacht af te leiden van andere vormen van uitsluiting.
- Het concept van de UHC kent te veel gewicht toe aan commerciële particuliere ondernemingen en benadrukt onvoldoende de primaire verantwoordelijkheid van de overheid.

4. De mutualiteiten en de UHC

CM steunt al 25 jaar ziekenfondsinitiatieven in Afrika en Centraal-Europa. CM en haar partners delen de overtuiging dat de mutualiteiten één van de strategieën zijn om de universele ziektekostenverzekering te verwezenlijken.

4.1. Samenwerkingsverbanden van CM

Christelijke Mutualiteit	Land / regio	Partnerorganisatie
Oost-Henegouwen (Anderlues)	Mali / Ségou	UTM (Union technique de la Mutualité malienne)
Provincie Luxemburg (Aarlen)	Benin / Bembéréké	Aprosoc (Actions pour la protection sociale)
Verviers-Eupen	Senegal / Thiès	Graim (Groupe de recherche et d'appui aux initiatives mutualistes) URMST (Union régionale des mutuelles de santé de la région de Thiès)
Luik	Burkina Faso	RAMS (Réseau d'appui aux mutuelles de santé)
Henegouwen-Picardië	Congo / Zuid-Kivu Palestina Libanon	REMUSACO (Réseau des mutuelles de santé communautaires) - Bukavu
Saint-Michel	Congo / Noord-Kivu (Butembo – Beni)	Musosa (Mutuelle de solidarité pour la santé) – CGAT (Cellule de gestion des risques et d'appui technique) Bijkantoor van Beni
Provincie Namen	Congo / Kinshasa	CGAT (Cellule de gestion des risques et d'appui technique) Bijkantoor van Kinshasa
Waals-Brabant	Benin / Sinendé	Aprosoc (Actions pour la protection sociale)
Waas en Dender	Guinee	Dynam (Dynamique mutualiste)
Midden-Vlaanderen	Burundi / Gitega Polen / Torun	MUNASA (Mutuelle nationale de santé) SWP Flandria
Mechelen-Turnhout	Congo Roemenië / Slatina Timis	Congodorpen ADAM
Roeselare-Tielt	Congo	Congodorpen
Oostende-Veurne-Diksmuide	Polen / Trojmiasto	SWP Flandria
Zuid-West-Vlaanderen	Polen / Bydgoszcz	SWP Flandria
Sint-Michielsbond	Polen / Poznan	SWP Flandria
Brugge	Roemenië / Cluj	ADAM
CZ Sint-Pietersbond	Guatemala (CM-ACV-Beweging.net- WS project)	

De mutualiteiten spelen namelijk een rol in de drie dimensies van de UHC:

- **Toename:** Door de risico's onder elkaar te verdelen en een systeem van vooruitbetaling in te voeren, kunnen ze hun leden toegang geven tot betaalbare zorg. De mutualiteiten komen tussenbeide als katalysatoren van de financiering van de gezondheidszorg door de bevolking en garanderen hun leden een rechtvaardigere toegang die financieel minder zwaar is dan voor afzonderlijke individuen.
- **Uitbreiding:** meer leden betekent meer personen die beschermd zijn door een ziekteverzekering. De mutualiteiten beantwoorden goed aan de oplossingen van uitbreiding van de sociale bescherming in de sector van de informele economie, maar deze worden ook grotendeels aangenomen door de werknemers van de formele economie, wanneer ze niet beschikken over alternatieven die door de overheid of hun werkgevers worden geregeld, of wanneer deze ontoereikend zijn.
- **Verdere ontwikkeling:** de mutualiteiten onderhandelen met de zorgaanbieders over een uitgebreid en kwaliteitsvol

gamma tegen een vaste prijs en ontwikkelen andere aanvullende diensten.

De meerwaarde van de mutualiteiten beperkt zich niet tot hun bijdrage aan de drie dimensies van UHC. De mutualiteiten bestaan uit participatiestructuren en structuren van democratisch beheer die volledig berusten op hun leden, wat een actief en voortdurend proces van sensibilisering en onderling overleg inhoudt. Dit geeft hen een unieke sociale nabijheid, waardoor ze van dichtbij de behoeften van de bevolking kunnen volgen. Bovendien zijn de mutualiteiten niet op winst gericht en herinvesteren ze hun opbrengst in de vergoedingen en de diensten aan hun leden.

Het ziekenfondsmodel kent echter beperkingen van verschillende aard:

- De vrijwillige inschrijving blijft een obstakel voor het verwerven van een groter aantal leden in een context waarin de koopkracht van een huishouden, dat met verschillende behoeften wordt geconfronteerd, heel beperkt blijft. Vroeg of

laat vereist de overgang naar meer schaalvergroting de actieve betrokkenheid van de Staat en waarschijnlijk een vorm van verplichte aansluiting.

- De eerste jaren kampte de oprichting van een ziekenfondsmodel met een gebrek aan flexibiliteit en werd zijn complexiteit onderschat. Dit aspect verdween grotendeels doordat er in de partnerlanden afdelingen voor technische bijstand aan de mutualiteiten werden opgericht. In deze afdelingen maken de experts zich meester van de technieken van de ziekteverzekering.
- In veel Afrikaanse landen laat het zorgaanbod te wensen over, wat de huishoudens natuurlijk belemmert een deel van hun schaarse middelen te investeren in een bijdrage voor een mutualiteit.
- Hoe gering de bijdrage ook is, ze blijft een obstakel voor de dekking van de armste groepen (behoefigen). Om de universele dekking te realiseren, moeten de regeringen subsidiemechanismen voorzien die de aansluiting van de meest hulpbehoevenden vergemakkelijkt.
- Te vaak spelen de autoriteiten hun rol in de regeling van het zorgaanbod niet goed, wat met name resulteert in een anarchistische tariefbepaling. De mutualiteiten hebben mechanismen ingevoerd (tariefovereenkomsten, controle door adviserend geneesheren,...). Deze mechanismen hebben echter nog niet de nodige kritische massa bereikt om een reële impact op de kwaliteit en kost van de gezondheidsdiensten te hebben.
- Zelffinanciering is een utopie. De geschiedenis van de ziekenfondsbeweging in West-Europa herinnert ons eraan dat een aanvullende financiële steun bovenop de bijdragen van de leden een doorslaggevende politieke beslissing was in termen van toegang tot gezondheidszorg en sociale bescherming van de bevolking. Vandaag de dag worden externe geldschieters belast met het merendeel van de beheerskosten. Een beleid van subsidiëring door de Staat is noodzakelijk om de werking van de mutualiteiten en de aansluiting van de armsten te garanderen.

Zowel op Belgisch als op internationaal niveau komen vele ontwikkelingsactoren tussen in de gezondheidszorgsector. Terwijl velen tot op heden hun eigen visie op de organisatie van gezondheidszorg voorstelden, heeft het concept van “**universele ziektekostenverzekering**”, geïntroduceerd door de WGO in de Rapporten betreffende de wereldgezondheid van 2008 en 2010, alle actoren in staat gesteld zich aan te sluiten bij deze gemeenschappelijke visie op lange termijn. Maar de interventiestrategieën van deze actoren, evenals hun positie ten opzichte van mutualiteiten, zijn verschillend gebleven.

Hoewel verschillende organisaties de ziekenfondsbeweging in Afrika vanaf het begin hebben begeleid en aangemoedigd, is het ziekenfondsmodel ook zwaar bekritiseerd door andere actoren van de ontwikkelingssamenwerking.

De WGO beschouwt de mutualiteiten en meer in het algemeen alle mechanismen van facultatieve verzekering als “een noodzakelijke eerste stap”³ als de economische en fiscale context slechts lage niveaus van belastinginning of vergoedingen voor verplichte verzekering toelaat.

4.2. Rwanda, ‘goede leerling’ van de Wereldbank

Dit land is het voorbeeld dat door de Wereldbank naar voren wordt gebracht wat betreft de toegang van armen tot een ziekteverzekering.

In 1999 introduceerde de Rwandese regering, met steun van de Amerikaanse coöperatie (USAID), een pilootprogramma voor de ontwikkeling van mutualiteiten. In 2006 werd dit beleid op nationaal niveau ingevoerd: het aantal aansluitingen bij een mutualiteit steeg van 7% in 2003 naar 74% in 2013. Deze spectaculaire toename is toe te schrijven aan verschillende factoren:

- de verplichting voor alle burgers om bij een mutualiteit te zijn aangesloten, opgelegd vanaf 2008;
- de betaling van de premie door overheidssubsidies voor de armste huishoudens (die 27% van de leden vertegenwoordigen);
- de gelijktijdige toepassing van verschillende programma’s om de kwaliteit van de zorg te garanderen en de kosten te bedwingen, met name via financiering gebaseerd op resultaten.

Het Rwandese systeem wordt als een succes beschouwd, zelfs onder de critici tegenover mutualiteiten:

- de dekking is zeer hoog (meer dan 90% van de bevolking als we de verschillende stelsels combineren) en de risico’s worden op nationaal niveau gedeeld;
- het aandeel van rechtstreekse betalingen (OOP) in de financiering van de gezondheidszorg is van 28% naar 12% gedaald;
- het gebruik van gezondheidsdiensten is aanzienlijk gestegen (1,23 consultaties per persoon per jaar, wat hoger is dan de minimumnorm van de WGO);
- Rwanda heeft zijn gezondheidsindicatoren aanzienlijk verbeterd, in het bijzonder voor de gezondheid van kinderen.

Verschillende kenmerken wijken echter af van het ziekenfondsmodel of maken het moeilijk toepasbaar in andere landen:

- Afwezigheid van het aspect “sociaal-democratische beweging”: ook al zijn er op lokaal niveau comités van mutualiteiten die belast zijn met sensibilisering, het grootste deel van het beheer blijft in handen van de centrale regering.
- Dwang eigen aan een autoritair regime. De lokale autoriteiten moeten controleren of de verplichting van aansluiting bij een mutualiteit wordt nageleefd, elke districtsburgemeester tekent hiervoor een contract met de president van de republiek. Deze dwang wordt vervolgens op de bevolking uitgeoefend: diegene die de verplichting niet naleeft moet, bijvoorbeeld, onder dwang zijn vee verkopen om de vergoeding te betalen.
- Het systeem is sterk afhankelijk van externe financiële hulp die zorgt voor het betalen van de vergoeding van de armsten, de inclusie van de diensten van de referentieziekenhuizen of het ten laste nemen van de beheerskosten; wat duidelijke problemen oplevert wat betreft de duurzaamheid van het systeem.

Zoals andere internationale organisaties erkent de Wereldbank, in zijn “strategie van sociale bescherming voor Afrika” de ziekteverzekering als “een hulpmiddel voor het verbeteren van de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidsdiensten om de bevolking te beschermen tegen de financiële last van een ziekte”. Achter dit principiële engagement ten gunste van de sociale bescherming en de ziekteverzekering zijn echter verschillende elementen van de strategie van de Wereldbank zichtbaar:

- Deze strategie is zeker bedoeld om de landen te helpen om “de elementen te verschaffen die nodig zijn voor de oprichting van volledige en duurzame systemen van sociale bescherming”, maar alleen “op langere termijn” en vooral voor landen met een gemiddeld inkomen. Op dit moment wordt de sociale bescherming slechts beschouwd als een oplossing op korte termijn, die de armsten kan beschermen tegen de gevolgen van conjuncturele schokken en crisissen.
- De sociale vangnetten, en in het bijzonder de financiële overdrachten, worden naar voren gebracht en beschouwd als de meest efficiënte en doeltreffende programma’s.
- De burgermaatschappij wordt maar zelden vermeld, de sociale bewegingen (met name vakbonden) daarentegen zijn volledig afwezig.

Daarenboven blijkt de positie van de Wereldbank ten opzichte van mutualiteiten in de praktijk minder genuanceerd dan haar strategiedocument doet denken. Onlangs heeft de Wereldbank, in de DR Congo⁴, zich er tegen verzet dat de mutualiteiten worden vermeld in het nationaal beleid van sociale bescherming, zolang een onderzoek hun impact niet heeft geëvalueerd.

5. De internationale samenwerking van CM

Via haar activiteiten van internationale samenwerking wil CM de rol van de mutualiteiten in de systemen van gezondheidszorg ontwikkelen, hun impact op de nationale en internationale beleidsmakers versterken en bijdragen aan de oprichting van een solidaire, wereldwijde sociale bescherming, door de niet-gereguleerde privatisering en de commercialisering van de gezondheidszorg te verhinderen.

5.1. Technische bijstand aan partners

De Dienst internationale samenwerking en de Dienst Europese zaken van CM kunnen voor haar partners in het Zuiden en Centraal-Europa op verschillende domeinen het verschil maken. Terwijl de dagelijkse opvolging van onze partners in het Zuiden veeleer verzekerd wordt door onze collega’s van WSM, spelen de diensten meer de rol van expert van technische en thematische aspecten van een mutualiteit.

Deze insteek vond men ook terug in het mutualistische programma MASMUT waar de dienst internationale samenwerking intens aan heeft meegewerkt de afgelopen 3 jaren. Het programma dat van start is gegaan op 1 juli 2014 had als algemene doelstelling dat de mutualiteiten van Burundi, DRC, Burkina Faso, Senegal, Mali en Togo bijdragen tot een universele dekking van het ziekterisico.

Om deze doelstelling te bereiken werd op verschillende terreinen ingezet. Een belangrijk terrein was de technische ondersteuning van de verschillende mutualistische platformen. De expertise die de Belgische mutualiteiten hebben opgedaan doorheen de jaren werd gedurende het hele programma gebruikt en gedeeld met onze mutualistische partners in het Zuiden. Deze uitwisseling van expertise heeft er mee toe geleid dat de nationale platformen hun technische capaciteiten op vlak van het ziekenfondsbeheer en ziekteverzekering versterkt hebben en dit, via aangepaste opleidingen, maar ook via de uitwisseling van ervaring en de ontwikkeling van netwerken.

⁴ Commentaires du Groupe Inter-Bailleurs de PS sur le Projet de Politique Nationale de Protection sociale en RDC, september 2015.

Missie van de MCPN (CM van de provincie Namen) met de ziekenhuizen

De technische bijstand aan partners kan ook een concrete vorm aannemen via de regionale ziekenfondsen en de netwerken waarop ze in hun regio een beroep kunnen doen, zoals bijvoorbeeld dit recente project van het ziekenfonds Namen.

In 2013 heeft de MCPN het internationale partnerschap in DR Congo voortgezet door ervoor te kiezen de actie van een bijkantoor voor technische bijstand aan de mutualiteiten te ondersteunen, de CGAT (zie hoger) op het gebied van opkomst van een ziekenfondsmodel in DR Congo.

In de loop van de uitwisselingen en door opeenvolgende missies is het ons duidelijker geworden dat de opkomst van een sterk ziekenfondsmodel ook gedeeltelijk berust op een kwaliteitsvol en toegankelijk zorgaanbod. Hoe kunnen we een burger vragen zich aan te sluiten bij een mutualiteit als de zorg moeilijk toegankelijk of van slechte kwaliteit is?

We hebben de kans gehad om deze bevindingen te delen met de CHU-UCL-Namur, verzorgingsinstelling van het medisch-sociale netwerk dicht bij de MCPN. Gaandeweg ontstond het idee van een verkennende missie, met als doel eventuele samenwerkingen te bekijken op het gebied van gezondheid en mutualiteit. De missie die in april 2017 plaatsvond, wisselde ontmoetingen met zorgverstrekkers (gezondheidscentra, ziekenhuizen, ...) af met "mutualistische" ontmoetingen en werd kracht bijgezet door een gezamenlijke werkdag van CGAT, ziekenhuizen van Kinshasa, CHU-UCL-Namur en MCPN. Op basis van de sterke punten, verwachtingen en behoeften van eenieder, was het de bedoeling van deze dag om mogelijke samenwerkingspistes te ontwikkelen.

Uit de werkzaamheden volgen 3 assen van prioritaire samenwerking: de uitwisseling van praktijken op het gebied van zorg; de logistiek en de infrastructuur; de geneesmiddelen. In dit stadium analyseren de partners de resultaten die de missie heeft voortgebracht en moeten ze in de nabije toekomst in staat zijn om de eerste concrete samenwerkingsactiviteiten te ontwikkelen. Het staat echter wel vast dat het niet de bedoeling is om zich onmiddellijk in een "mammoetproject" te storten, maar om met kleine stappen te beginnen. Deze stappen zullen ook helpen bij het opbouwen en versterken van een wederzijds vertrouwen. Wordt vervolgd in de komende maanden ...

5.2. Capaciteitsversterking

De capaciteitsversterking is gelinkt aan technische en thematische ondersteuning voor de partners in het Zuiden en het Oosten. De thematiek van de capaciteitsversterkingen wordt in overleg met onze partners geïdentificeerd en georganiseerd. Het geeft mee structuur en bestendigheid aan onze mutualistische partners. De bedoeling van de capaciteitsversterking is dat er een verbetering van de algemene kennis van partners in het Zuiden en het Oosten wordt gecreëerd via technische en thematische opleidingen. De capaciteitsversterking en de vormingen die eraan gelinkt

zijn, beperken zich echter niet tot onze buitenlandse partners. Ook in België wordt er aan capaciteitsversterking gedaan door middel van vorming en sensibilisatie. Verschillende keren per jaar wordt er naar de CM-diensten en de Christelijke arbeidersbeweging toe een moment voorzien voor een thematische vorming (opleidingsparcours binnen LCM en de CM-Ziekenfondsen).

Naast interne capaciteitsversterking wordt hierrond ook gewerkt bij externen zoals BTC (Belgische Technische Coöperatie), COOPAMI (RIZIV), Internationale stuurgroepen,...

Capaciteitsversterking voor de Malinese overheid

In het voorjaar van 2017 kreeg de Dienst internationale samenwerking, via onze partner UTM van Mali en MC Hainaut Oriental, de vraag of we een uitwisseling zouden kunnen organiseren voor een Malinese overheidsdelegatie.

Een delegatie van de 'CANAM' (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), het orgaan dat de verplichte ziekteverzekering in Mali beheert en organiseert, komt naar België om te leren hoe in België de sociale bescherming is georganiseerd. Tijdens de uitwisseling ligt het accent op de organisatie van de ziekenfondsen en hun rol in de ziekteverzekering binnen de sociale bescherming.

In Mali is men immers aan het werken aan het project 'Universele ziekteverzekering' wat betekent dat er een integratie zal plaatsvinden van de verplichte ziekteverzekering van de formele sector, de bijstandsregeling van de behoeftigen en het systeem van de niet-verplichte mutualiteiten voor de informele sector. Het is dus een uitgesproken kans voor ons om hen te tonen dat voor het uitbouwen van sociale bescherming het cruciaal is om samen te werken met middenveldorganisaties zoals mutualiteiten om de kwaliteit te garanderen.

Samen met Wereldsolidariteit hebben we verschillende experts van binnen en buiten LCM gemobiliseerd om de Malinese delegatie onder te dompelen in onze visie en expertise omtrent financieel beheer, communicatie en sociale dialoog, medische diensten, juridische aspecten, ... in de hoop dat ze die kennis gaan gebruiken tijdens het uitschrijven van hun nationaal plan omtrent universele ziekteverzekering.

5.3. Onderzoeken en beleidsbeïnvloeding

Zoals we in de inleiding hebben gezien, staat de universele dekking van de gezondheidszorg op de internationale agenda, de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling erkennen de rol van de sociale bescherming in de strijd tegen armoede en sociale ongelijkheid en verschillende Afrikaanse staten hebben hervormingen ingevoerd om de volledige bevolking tegen ziektekosten te dekken.

We moeten echter erkennen dat het ziekenfondsmodel vaak wordt miskend en/of bestreden. Vele internationale geldschieters die actief zijn in Afrika wijzen op andere benaderingen (financiering gebaseerd op prestaties, financiële overdrachten, exclusieve financiering van de gezondheidszorg door belastingen, ...) en zijn sceptisch over het nut van mutualiteiten in de Afrikaanse context. In Centraal-Europa heeft de afwezigheid van een ziekenfondsbeweging bijgedragen aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg met twee snelheden.

Het is dus belangrijk dat onze dienst relevante expertise kan verstrekken (rechtstreeks of door een beroep te doen op specialisten) over de universele ziektekostenverzekering en de rol van de mutualiteiten in een systeem van sociale bescherming.

[a. Werken in synergie](#)

Dit onderzoekswerk kan uiteraard niet alleen door onze dienst worden gevoerd. We werken in het bijzonder samen met de dienst "Research & Development" van de Landsbond evenals, voor het Zuiden, de "beleids- en studiedienst" van Wereldsolidariteit die een belangrijke expertise heeft ontwikkeld over fatsoenlijk werk en sociale bescherming, met name ten opzichte van het normatief kader van de IAO. Afhankelijk van het thema, kunnen we ook samenwerken met MASMUT of met onderzoeksinstituten.

b. Onderzoeken en kapitalisatie

Het onderzoekswerk en beleidsbeïnvloeding zijn nauw met elkaar verbonden: ons einddoel is te bewijzen dat de ontwikkeling van een mutualiteit relevant is in de context van de universele ziektekostenverzekering. We zien deze onderzoeken als hulpmiddelen voor onze partners bij hun politieke acties ten aanzien van hun beleidsmakers, evenals om in het Noorden en in het Zuiden een gemeenschappelijk pleidooi te houden over het belang van een sociaal en solidair gezondheidszorgsysteem.

Sinds de 25 jaar dat CM actief is in de internationale samenwerking, is de internationale context en de situatie van onze partners in het Zuiden en het Oosten natuurlijk sterk geëvolueerd. Maar we nemen waarschijnlijk niet genoeg de tijd om naar het verleden te kijken om de geboekte vooruitgang te meten, de hindernissen waarmee we werden geconfronteerd vast te stellen en er voor de toekomst lessen uit te trekken. De onderzoeken moeten ook gericht zijn op het naar voren brengen van de behaalde resultaten, de sterke en zwakke punten van onze samenwerkingspartnerschappen en op het verspreiden van de “geleerde lessen” om bij te dragen aan de strategische reflectie voor de toekomst.

Voorbeeld: Onderzoek naar het potentieel van mutualiteiten in de DRC

De Congolese autoriteiten hebben een duidelijke doelstelling. Ze willen dat alle Congolezen vóór 2025 van een minimale sociale bescherming kunnen genieten. Om dit te verwezenlijken, willen ze de dekking van alle leden van de informele sector – vertegenwoordigt ongeveer 80% van de bevolking – aan mutualiteiten toevertrouwen. Sommige geldschietters van internationale fondsen, met name de Wereldbank, zijn evenwel niet overtuigd van de doeltreffendheid van de mutualiteiten in de Democratische Republiek Congo (DRC) en pleiten voor een aanpassing van dit beleid.

Omdat we met wetenschappelijke argumenten willen reageren op dit scepticisme, heeft het platform van Congolese mutualistische organisaties “POMUCO” in samenspraak met CM en WSM en in het kader van het programma van MASMUT opdracht gegeven tot een onderzoek om de mutualiteiten in de DRC te beoordelen en om hun potentiële rol in de UHC te benadrukken.

Dit onderzoek werd toevertrouwd aan het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) in Antwerpen en vond plaats van april 2016 tot december 2016. Het onderzoeksteam van het ITG heeft daartoe samengewerkt met leden van het platform POMUCO, de School voor Volksgezondheid van de universiteiten van Kinshasa en Bukavu, de Chaire de Dynamique Sociale van Kinshasa, Wereldsolidariteit en de dienst Internationale samenwerking van LCM.

Het doel van dit onderzoek was de manier en de nodige middelen voor het versterken en professionaliseren van de mutualiteiten te onderzoeken, zodat deze actief kunnen bijdragen aan de universele ziektekostenverzekering in de DRC. De verschillende succesfactoren en obstakels werden dus verzameld om tot een lijst met aanbevelingen te komen om de mutualiteiten te kunnen ontwikkelen als pijler van de universele ziektekostenverzekering. In samenwerking met het nationaal mutualistisch platform POMUCO, WSM en andere leden van het programma van MASMUT organiseerde de dienst internationale samenwerking in februari 2017 een workshop met een voorstelling van de resultaten.

In tweede instantie hebben we dit onderzoek gebruikt om, met ondersteuning van de directieleden (Jean-Pierre Descan, Michael Callens en Tom Joos) en van onze collega's van WSM en het ACV, politieke acties te ondernemen ten aanzien van de Congolese bevoegde instanties (Ministerie van Volksgezondheid, Ministerie van tewerkstelling, arbeid en sociale bescherming, ...), evenals ten aanzien van de geldschietters van internationale fondsen (UNICEF, Wereldbank, ...).

5.4. Educatie over solidair wereldburgerschap

a. Sensibilisering en vorming

De activiteiten van voorlichting en van educatie vormen een aanvulling op de projecten die door CM in het Zuiden en Centraal-Europa worden geleid. Ze zijn bedoeld voor onze collega's en vrijwilligers, dragers van verandering op maatschappelijk niveau, en ons doelpubliek bestaat uit de verschillende actoren van CM: het personeel, de bewegingen,

de vrijwillige leden van het algemeen bestuur en de raad van bestuur en de leden in het algemeen. Deze activiteiten maken deel uit van een langdurig proces van sensibilisering, bewustwording en een aansporing tot actie en onze benadering wil de kritische geest stimuleren, evenals de thematische verscheidenheid, de samenwerking in partnerschap, de educatie door de deelname aan en oprichting van interactieve ruimtes voor vorming. De evenementen die de regionale Christelijke Mutualiteiten sinds enkele jaren organiseren, zoals het Fête des Partenariats in Doornik, Africa Fonck in Luik,

Festiv’Africa in Brussel, Avondloop voor Guinee in de regio van Waas & Dender, spelen een volwaardige rol in dit proces.

Hiervoor is ook een actieve deelname aan verschillende netwerken nodig: het netwerk van CM (dienst communicatie, opleiding, beweging), het netwerk van structuren van WSM (Commission Nord / Noordraad, werkgroep campagne) en van Beweging.net (het vroegere ACW), en nog anderen op nationaal en/of regionaal niveau (Plateforme d’action Santé & Solidarité, BeCause-Health, CNCD-11.11.11).

Met deze activiteiten streven we ernaar om:

- Bij te dragen aan een betere voorlichting van ons publiek wat betreft de activiteiten van de internationale samenwerking van CM.
- Bij te dragen aan de verbetering van het vermogen van ons publiek om bij te dragen tot een meer eerlijke en solidaire wereld.
- ‘Het internationale binnen te brengen’ bij CM en ondersteuning te bieden aan de regionale ziekenfondsen.
- De ervaringen van CM op het gebied van internationale samenwerking met andere instellingen te delen.

b. Inleefreis naar Togo en Benin

Van 14 tot 27 november 2016 ging een groep vaste medewerkers van lidorganisaties van de Christelijke Arbeidersbeweging op inleefreis en uitwisselingsreis bij de partners van Wereldsolidariteit (WSM) en van CM in Togo en Benin. In totaal waren er negen vertegenwoordigers van CM, ACV, CIEP, KAJ, Equipes Populaires en Wereldsolidariteit (WSM). Dit was voor hen de gelegenheid om de mutualistische actoren van deze twee landen te ontmoeten.

“De ontmoeting met de Togolese en Beninse mutualistische partners van WSM en CM was als het ware een gelegenheid om het verleden van onze eigen sociale geschiedenis te aanschouwen. Deze reis heeft ons niet alleen toegelaten om de sociaal-gezondheidskundige realiteit van deze landen aan te roeren en te bekijken wat we kunnen doen om deze te verbeteren, maar ook om de strijd op te merken van diegenen die de mutualistische beweging in België meer dan 150 jaar geleden hebben opgericht”. Dit bericht Naïma Regueras, medewerkster van de dienst R&D van LCM.

De ziekenfondsbeweging ontstond in Togo en Benin aan het begin van de jaren '90, ten gevolge van de crisis van de CFA-frank. In die tijd devalueerde de munt aanzienlijk en de kosten van levensonderhoud explodeerden, met inbegrip van de prijs van gezondheidszorg en geneesmiddelen. Om de groeiende ontoegankelijkheid van de gezondheidszorg aan te pakken, zetten de maatschappelijke, lokale en internationale actoren zich ervoor in om een zorgverzekeringssysteem, gebaseerd op solidariteit, op te richten.

Ook al is de context niet dezelfde, de ontwikkeling van de eerste Togolese en Beninse mutualiteiten herinnert ons toch aan het ontstaan van de ziekenfondsbeweging in België. Zoals bij ons zijn het in het begin lokale initiatieven, kleine structuren van vrije toetreding, die zich later verenigen. Ze worden uitsluitend gefinancierd door vergoedingen van de leden en bieden een beperkt, maar groeiend, aantal diensten. 80% van de werknemers maakt in deze landen deel uit van de informele sector en geniet niet van een ziektekostenverzekering die door de Staat wordt georganiseerd (in tegenstelling tot ambtenaren en werknemers in de privésector) of kan geen particuliere verzekering nemen. Zich aansluiten bij een mutualiteit vormt dus voor deze werknemers een unieke gelegenheid, gebaseerd op solidariteit, om zich tegen ziekte te verzekeren. Het huidige aandeel van de Beninse en Togolese bevolking die echter door dit type verzekering is gedekt, blijft bijzonder laag. In Benin bijvoorbeeld, zijn slechts 45.000 personen (op een totale bevolking van 11 miljoen inwoners) bij een mutualiteit aangesloten. Ook in België moesten de werknemers overtuigd worden van het feit dat solidariteit de beste optie was om zich collectief te beschermen tegen de risico’s van het leven. De aansluiting van leden is trouwens de eerste uitdaging waar de werknemers (vaak vrijwilligers) van de mutualiteiten van Togo en Benin voor staan. Immers, wanneer de inkomens bijzonder laag zijn, is het wellicht geen prioriteit om zich aan te sluiten bij een mutualiteit en een vergoeding te betalen voor een risico dat men nog niet ondergaat ...

Vervolgens moeten we, om tariefzekerheid voor de leden te verzekeren, de zorgverleners overtuigen om mee te werken en overeenkomsten af te sluiten die de toe te passen tarieven en het vergoedingsniveau dat door de mutualiteit wordt toegekend, vastleggen. We herinneren ons de stakingen van 1963, tijdens dewelke de Belgische zorgverleners protesteerden tegen de oprichting van een systeem van medisch-mutualistische akkoorden en overeenkomsten. Ook in Togo en Benin lopen de mutualistische actoren tegen de terughoudendheid van de zorgverleners aan, die dergelijke akkoorden als een bedreiging van hun vrijheid van beroepsbeoefening beschouwen. Als gevolg hiervan worden leden van een mutualiteit in deze landen niet altijd goed ontvangen door de zorgverleners. Het feit dat het systeem in België al meer dan 50 jaar bestaat, betekent niet dat het niet in gevaar is. In november vorig jaar dreigden verschillende beroepsverenigingen ermee de tariefakkoorden voor 2017 te verbreken na de aankondiging van het te besparen bedrag voor de gezondheidsuitgaven van datzelfde jaar, namelijk meer dan 900 miljoen, beslist door minister Maggie De Block, wat tariefzekerheid van de Belgische leden in gevaar brengt.

Ten slotte, terwijl de Togolese en Beninse mutualiteiten nood hebben aan ondersteuning en erkenning van hun overheden om zich verder te ontwikkelen, moeten de Belgische ziekenfondsen, om hun taak naar behoren te vervullen, hun meerwaarde blijven aantonen aan onze beleidsmakers en de bevolking als intermediaire instantie van betaling en co-beheerder van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, maar ook

als begeleider van hun leden om hun rechten te doen gelden en hun belangen als patiënten te verdedigen.

“Of de strijd zich nu hier afspeelt of in Afrika, deze reis heeft ons doen beseffen dat de strijd die elk land levert, niet zo verschillend is. Indien daarginds nog veel moet worden opgebouwd, mogen we hier onze strijd nooit opgeven door naïef te geloven dat onze sociale vooruitgang voor altijd is verworven.”

5.5. De mobilisatie, van lokaal naar internationaal

De mobilisatie maakt het mogelijk tot actie over te gaan om een situatie te veranderen, dankzij een collectieve actie door een groepering van actoren. Deze actie betreft het tegemoet komen aan behoeften, het oplossen van problemen, het verbeteren van de levensomstandigheden, het aanpassen van werkwijzen, enz.

Inzake mobilisatie streeft de internationale samenwerking het volgende na:

- De strijd en oplettendheid tegenover vrijhandelsovereenkomsten die ons en onze partners in het Oosten en Afrika aangaan (CETA, TTIP, TISA, EPO, ...);
- De benadrukking van het belang om bij te dragen aan het verbeteren van de sociale gezondheidsdeterminanten (deelname aan de Biënnale ‘Samen voor gezondheid’, aan het netwerk Agroecology in action, ...);
- De opvolging van de campagne “Sociale bescherming voor iedereen” en de deelname aan de campagnes van WSM (Campagne voor een rechtvaardig migratiebeleid, Schone Kleren).

De mobilisatie tegen de CETA

Gezien de dringende politieke agenda is het in 2016 vooral de **CETA** (vrijhandelsovereenkomst tussen de EU en Canada) die de hoofdrol speelt, het meeste werk werd hierbij door de ziekenfondsen intermutualistisch verricht. Een analyse van de teksten werd verstrekt, waarbij CETA werd vergeleken met de resolutie van het Europees Parlement (juli 2015) betreffende de TTIP (vrijhandelsovereenkomst tussen de EU en de Verenigde Staten). In oktober moest de tekst van de interpretatieve verklaring geanalyseerd worden. Op vlak van beleidsbeïnvloeding werden contacten gelegd met parlementsleden op verschillende niveaus en werden vragen opgesteld voor de hoorzittingen. In februari namen we deel aan de consultatie van de betrokken partijen, in samenwerking met het IMA. Wat betreft de communicatiestrategie, hebben we een campagne voorbereid met de titel **“Gezondheidszorg mag geen privilege zijn”**. Door middel van verschillende tools - webpagina (<http://participer.stop-ttip.be/groups/17>), videospots, affiches, folders – konden we op grote schaal sensibiliseren en de mobilisatie in september voorbereiden.

Op het interne niveau (Nationaal Intermutualistisch College - NIC) werden informatiebrieven opgesteld om de verschillende ziekenfondsen op de hoogte te houden over de ontwikkelingen binnen dit dossier. Op nationaal en regionaal niveau werden een opleiding tot “tussenpersoon” en informatiebijeenkomsten georganiseerd. CM heeft ook deelgenomen aan infomomenten en debatten in de communicatie met de media (pers, radio, TV) en aan openbare evenementen (soirée CNCD Etterbeek, tussenkomst en deelname aan de debatten op Manifiesta, ...).

CM heeft zich ook aangesloten bij andere netwerken die de grootste organisaties van het maatschappelijk middenveld verenigen voor het pleidooi tegen de CETA-TTIP. Met het **Verbond van 4 mei**, hebben we een gemeenschappelijke verklaring uitgewerkt: “Transatlantische verdragen: het Belgisch maatschappelijk middenveld verenigt zich tegen deze verdragen van niet-democratische deregulering”, hebben we een seminarie over de CETA georganiseerd en per thema analysedocumenten opgesteld. Ten slotte werd tweemaal een open brief naar de regering en de Belgische parlementen gestuurd (juni en september 2016). In een **brede coalitie**, gecoördineerd door CNCD (www.stopttip.be), hebben we vooral acties met betrekking tot meningsuiting en maatschappelijke mobilisatie gevoerd. Het hoogtepunt was ongetwijfeld de **manifestatie van 20 september** waarop ongeveer 500 vertegenwoordigers van CM de rangen van het blok “gezondheid” versterkten en meestapten met 15.000 andere demonstranten.

De Duitstalige Gemeenschap: onbekend maar niet onbemind!

Nicole De Palmenaer - Departement R&D

Samenvatting

De Duitstalige Gemeenschap is de kleinste Gemeenschap in ons land en waarschijnlijk de Gemeenschap die de Belgen het minst goed kennen. Ze is daarom echter niet minder ambitieus. De 6^{de} staatshervorming verruimde haar bevoegdheden aanzienlijk, net zoals in de andere Gemeenschappen en Gewesten. Mede door de bevoegdheidsoverdracht vanuit het Waalse Gewest, wil de Duitstalige Gemeenschap meer zijn dan een 'Gemeenschap'. Dit artikel beschrijft de beleidsinstanties van de Duitstalige Gemeenschap en de uitdagingen als gevolg van de nieuwe bevoegdheden op het vlak van gezondheid en hulp aan personen.

Sleutelwoorden: Duitstalige Gemeenschap (verder ook aangeduid met DG), staatshervorming

1. Inleiding

"België is een federale Staat, samengesteld uit de gemeenschappen en de gewesten", zo luidt artikel 1 van de Belgische Grondwet.

Het landschap van de Belgische instellingen is getekend door verschillende grondwetsherzieningen en staatshervormingen die het federaliseringsproces van de Belgische staat bepalen en begeleiden.

Met de eerste staatshervorming in 1970 werden de cultuurgemeenschappen opgericht. Tien jaar later krijgen deze cultuurgemeenschappen, die vanaf dan Gemeenschappen worden genoemd, meer autonomie en worden ze bevoegd voor de culturele aangelegenheden en de zogenaamde persoonsgebonden materies (gezondheid en sociale hulpverlening).

De volgende decennia zullen meerdere staatshervormingen steeds meer federale bevoegdheden toewijzen aan de Gewesten en Gemeenschappen. Daardoor worden bevoegdheden in verschillende domeinen overgedragen aan de deelstaten. De derde staatshervorming van 1988 wijst aldus het onderwijs aan de Gemeenschappen toe.

Met de 4^{de} staatshervorming in de jaren 1993-1994 worden de Gemeenschappen opgericht zoals wij die nu kennen. De officiële benaming "Parlement van de Duitstalige Gemeenschap" dateert van 2004. Sinds 1970 bestond de Duitse Cultuurgemeenschapsraad "Rat der deutschen Kulturgemeinschaft" en vanaf 1984 werd dit de "Raad van de Duitstalige Gemeenschap - Rat der Deutschsprachigen Gemeinschaft" die de culturele en persoonsgebonden materies decretaal beheerde tot 2004.

Sinds de tweede staatshervorming in de jaren 1980-1983 duidt de "Rat der Deutschsprachigen Gemeinschaft" zelf de leden van de Regering van de Duitstalige Gemeenschap aan.

Deze tweede staatshervorming zette ook de deur open voor een bevoegdheidsoverdracht van het Waalse Gewest naar de Duitstalige Gemeenschap via artikel 139 van de Grondwet.

De Duitstalige Gemeenschap dekt een grondgebied van 853,6 km² en telt op 1 januari 2016 76.645 inwoners¹. Deze leven gespreid over 9 gemeenten: Eupen, Kelmis, Raeren en Lontzen in het noorden en Büllingen, Bütgenbach, Amel, St.Vith en Burg-Reuland in het zuiden. In de administratie wordt het Duits als voertaal gebruikt².

1 www.ostbelgienstatistik.be

2 Cf. Art. 4 van de Grondwet "België omvat vier taalgebieden: het Nederlandse taalgebied, het Franse taalgebied, het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad en het Duitse taalgebied."

Net zoals de andere twee taalgemeenschappen van het land, de Vlaamse en de Franse Gemeenschap, beheert de Duitstalige Gemeenschap de persoonsgebonden materies. Deze materies zijn opgesomd in artikel 130, §1 van de Grondwet.

Het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap regelt bij decreet:

- 1° de culturele materies;
- 2° de persoonsgebonden materies;
- 3° het onderwijs zoals afgebakend in artikel 127, § 1, 1ste lid, 2;
- 4° de samenwerking tussen de Gemeenschappen alsook internationale samenwerking, met inbegrip van het afsluiten van verdragen voor de materies die bedoeld zijn in 1°, 2° en 3°;
- 5° het taalgebruik voor het onderwijs in de instellingen die opgericht, gesubsidieerd of erkend zijn door de overheid.

Sinds 1994 oefent de Duitstalige Gemeenschap ook gewestelijke bevoegdheden uit. Op basis van artikel 139 van de Grondwet kan het Waalse Gewest gewestbevoegdheden overdragen aan de Duitstalige Gemeenschap: "Op voorstel van hun respectieve Regeringen kunnen het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap en het Parlement van het Waalse Gewest in onderlinge overeenstemming en elk bij decreet beslissen dat het Parlement en de Regering van de Duitstalige Gemeenschap in het Duitse taalgebied geheel of gedeeltelijk bevoegdheden van het Waalse Gewest uitoefenen. Deze bevoegdheden worden, naar gelang van het geval, uitgeoefend bij wege van decreten, besluiten of verordeningen."

Momenteel oefent de Duitstalige Gemeenschap volgende gewestbevoegdheden uit:

- bevoegdheden inzake monumenten en landschappen;
- bevoegdheden inzake tewerkstelling;
- bevoegdheden inzake de ondergeschikte besturen.

Deze bijzonderheid verleent aan de Duitstalige Gemeenschap het statuut van "Gemeenschap – Gewest". De auteurs van het weekblad 'Courier hebdomadaire' van het onderzoekscentrum Centre de recherche et d'information socio-politique (CRISP) beschrijven in het artikel met als titel 'La Communauté germanophone après la 6^{ème} réforme de l'état' op perfecte wijze de bijzondere toestand van de Frans- en Duitstalige Gemeenschap in een institutionele context:

"Ook al heeft de Duitstalige Gemeenschap slechts een klein grondgebied en bevolking, toch is het institutioneel een eerder grote Gemeenschap meer bepaald in vergelijking met de Franse Gemeenschap. Zonder echter tot de extreme situatie van de Vlaamse Gemeenschap te komen die alle bevoegdheden van het Vlaamse Gewest uitoefent."³

Deze uitspraak ondersteunt de politieke eisen van de Duitstalige Gemeenschap die zich zou willen zien omvormen tot een 4^{de} Gewest dat niet enkel de gemeenschapsbevoegdheden uitoefent maar ook alle gewestbevoegdheden. Het parlement van de Duitstalige Gemeenschap stemde trouwens een principeverklaring die bevestigt dat de Duitstalige Gemeenschap bereid is alle bevoegdheden over te nemen mits hiertegenover de gepaste financiële middelen staan die nu al aan de deelstaten zijn overgedragen of die hiernaar in de toekomst overgedragen zullen worden⁴.

2. De politieke instanties

Het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap telt 25 volksvertegenwoordigers⁵.

Sinds 1995 heeft de Duitstalige Gemeenschap recht op een senaatszetel. De senator is een gewoon lid van het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap.

Sinds 2004 is de Duitstalige Gemeenschap een kieskring voor de Europese verkiezingen waardoor hun vertegenwoordiging in het Europees parlement verzekerd is. De Europese volksvertegenwoordiger zetelt als raadgevend mandataris in het Parlement van de Duitstalige Gemeenschap.

Een specificiteit van dit parlement is de aanwezigheid van mandatarissen met raadgevende stem. Elke mandataris in de Kamer, in het Waalse parlement of in de provincie Luik die op het grondgebied van de Duitstalige Gemeenschap gevestigd is, zetelt automatisch als raadgevende mandataris in het Parlement van de Duitstalige gemeenschap. Raadgevende mandatarissen hebben geen initiatief- of stemrecht⁶.

3 Bouhon, Frédéric; Niessen, Christophe; Reuchamps, Mi: La Communauté germanophone après la 6^{ème} réforme de l'Etat: état des lieux, débats et perspectives. Courier hebdomadaire n°2266-2267. Crisp, Bruxelles, 2015.

4 Beschluss vom 27.06.2011 – Dokument Nr. 83 (2010-2011). Grundsatzzerklärung des Parlaments zur Positionierung der Deutschsprachigen Gemeinschaft im Prozess der Staatsreform. www.pdg.be

5 <http://www.pdg.be/desktopdefault.aspx/tabid-4065>

6 <http://www.pdg.be/desktopdefault.aspx/tabid-4066/>

Afbeelding 1 hieronder toont de huidige samenstelling van het parlement van de Duitstalige Gemeenschap⁷:

Afbeelding 1: huidige samenstelling van het parlement van de Duitstalige Gemeenschap



	7 zetels + 2 raadgevende mandatarissen (Europees volksvertegenwoordiger en provincieraadslid)
	5 zetels (+ Minister-President en minister)
	4 zetels + 2 raadgevende mandatarissen (Waals volksvertegenwoordiger en provincieraadslid) (+1 minister)
	3 zetels + 3 raadgevende mandatarissen (federaal volksvertegenwoordiger, Waals volksvertegenwoordiger en provincieraadslid) (+ 1 minister en voorzitter van het parlement)
	2 zetels + 1 raadgevend mandataris (provincieraadslid)
	2 zetels

De regering van de Duitstalige Gemeenschap bestaat uit de Minister-president en drie ministers.

De regeringsmeerderheid bestaat uit twee vertegenwoordigers van ProDG (regionalistische partij), een vertegenwoordiger van de PFF - Partei für Freiheit und Fortschritt (liberale partij), de

formatie waar ook de parlamentsvoorzitter deel van uitmaakt – en een vertegenwoordiger van de SP (socialistische partij).

De Duitstalige Gemeenschap heeft voor 2017 een begroting met 313,85 miljoen euro ontvangsten en 333,5 miljoen euro uitgaven⁸.

⁷ www.pdg.be

⁸ Beschluss vom 15.12.2016 - Dokument Nr. 4-HH2017 (2016-2017) - Dekret zur Festlegung des Haushaltsplans der Einnahmen und des Allgemeinen Ausgabenhaushaltsplans der Deutschsprachigen Gemeinschaft für das Haushaltsjahr 2017 - http://www.pdg.be/desktopdefault.aspx/tabid-4003/7284_read-41705/

Om de bevoegdheden inzake gezondheid te beheren, verwacht de DG 5.275.000 euro⁹ uitgaven. Het grootste deel (54% van de uitgaven) van dit budget wordt voorzien voor de vergoedingen die aan het RIZIV gestort worden voor de materies en het beheer ervan tijdens de overgangperiode bij de 6^{de} staats-hervorming. Op de tweede plaats (18% van de uitgaven) komen de uitgaven voor subsidies voor het psychosociaal centrum. Slechts 9% van de uitgaven gaat naar organisaties die werkzaam zijn op het vlak van gezondheids promotie en preventie.

Voor het beheer van de bevoegdheden inzake 'ouderen' verwacht de DG 25.153.000 euro uitgaven¹⁰. Het leeuwendeel van de budgettaire middelen, hetzij 69% van de uitgaven wordt voorzien voor de vergoedingen die aan het RIZIV gestort worden voor de materies en het beheer ervan tijdens de overgangperiode bij de 6^{de} staats-hervorming En ten slotte wordt 12% gestort aan de diensten voor hulp en zorg aan huis.

Het grootste deel van de uitgaven voor gezondheid en ouderen wordt dus aan het RIZIV en de FOD Volksgezondheid gestort in het kader van de overgangperiode voor de 6^{de} staats-hervorming. Daaruit kan nu al geconcludeerd worden dat door deze hervorming een groot deel van de budgettaire middelen van de DG zal gaan naar het beheer en de uitoefening van de nieuwe bevoegdheden waarvoor deze volledig bevoegd zal zijn na de overgangperiode die op 01/01/2019 zou moeten aflopen.

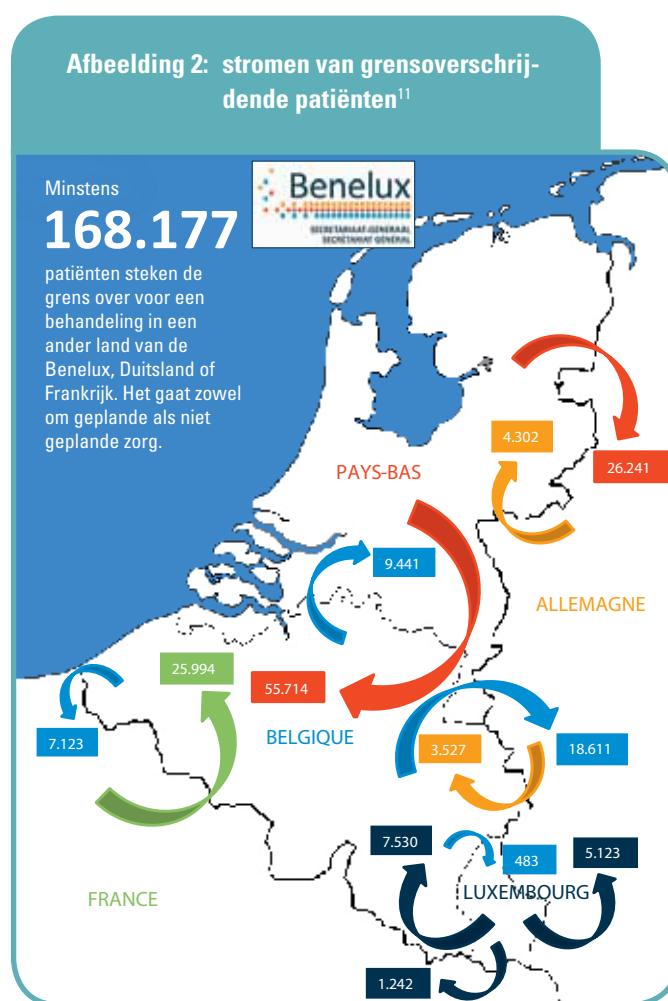
3. Een grensgebied

De Duitstalige Gemeenschap is een grensgebied (zie afbeelding 2). Ten noorden van het grondgebied raakt het aan Duitsland en Nederland en in het zuiden van het grondgebied grenst het aan het Groothertogdom Luxemburg. De inwoners van de grensstreek zijn het gewoon om de grens over te steken om te gaan werken, hun boodschappen te doen, te studeren of zich te laten verzorgen.

De redenen om zich in het buitenland te laten verzorgen zijn talrijk. Taalgebruik speelt zeker een belangrijke rol (de Duits-

taligen moeten regelmatig taalgrenzen oversteken binnen eigen land) maar het ontbreekt de Duitstalige gemeenschap ook aan gespecialiseerde diensten waardoor zij moeilijker toegang hebben tot zorg in hun eigen taal en zich dus in de buurlanden moeten gaan laten verzorgen.

Bijna de helft van de actieve bevolking, iets meer dan 13.500 personen, werkt buiten de Duitstalige Gemeenschap, meer bepaald in het Waalse Gewest, Duitsland, Luxemburg of Nederland. Anderzijds komen meer dan 5.000 personen uit het



9 Deze uitgaven dekken de courante uitgaven, de subsidies aan organisaties voor preventie en bevordering van gezondheid, vorming voor personeel van spoeddiensten, verpleegkundigen, vroedvrouwen, medisch hulp personeel en ambulanciers, de subsidies aan de vereniging van psychiaters, de subsidies aan de artsenkringen, de subsidies aan de vereniging voor palliatieve zorg, de subsidies aan het psychosociaal centrum (SPZ), het programma Impulseo, de subsidies aan de gemeenten en openbare instellingen in het kader van het programma inzake voeding en beweging en de vergoedingen aan het RIZIV in het kader van de overgangperiode voor de 6de staats-hervorming.

10 Deze uitgaven dekken de courante uitgaven, de uitgaven voor vorming en begeleidingsmaatregelen voor vrijwilligerswerk, subsidies voor de operaties in de ouderensector, subsidies voor de diensten voor hulp- en thuiszorg, subsidies voor pilootprojecten in de ouderensector, subsidies voor Eudomos [opgenomen in het budget van DSL], vergoedingen die aan de FOD Volksgezondheid betaald worden in het kader van de overgangperiode bij de 6de staats-hervorming, vergoedingen die aan het RIZIV betaald worden in het kader van de overgangperiode bij de 6de staats-hervorming.

11 Rapport "Patients sans frontières – Flux de patients transfrontaliers dans le BENELUX", Secrétariat général de l'Union Benelux, Karen Jutten en collaboration avec Peter Janssens – pagina 9.

binnenland naar de Duitstalige Gemeenschap werken (zie afbeelding 3).

4. Demografische evolutie

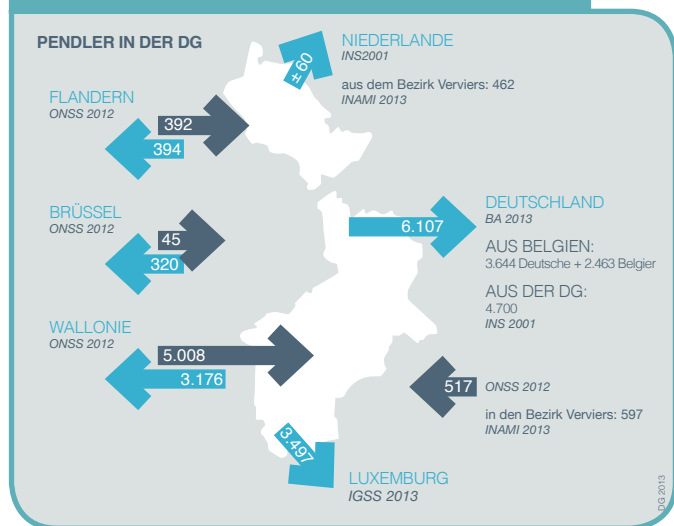
De demografische evolutie in het Waalse Gewest en de Duitstalige Gemeenschap wordt gekenmerkt door de vergrijzing van hun respectieve bevolkingen (zie grafiek 1).

In 2013 vertegenwoordigden de personen vanaf 66 jaar 17% van de bevolking. Idem in het Waalse gewest waar de personen vanaf 66 jaar 16% van de bevolking vertegenwoordigen.

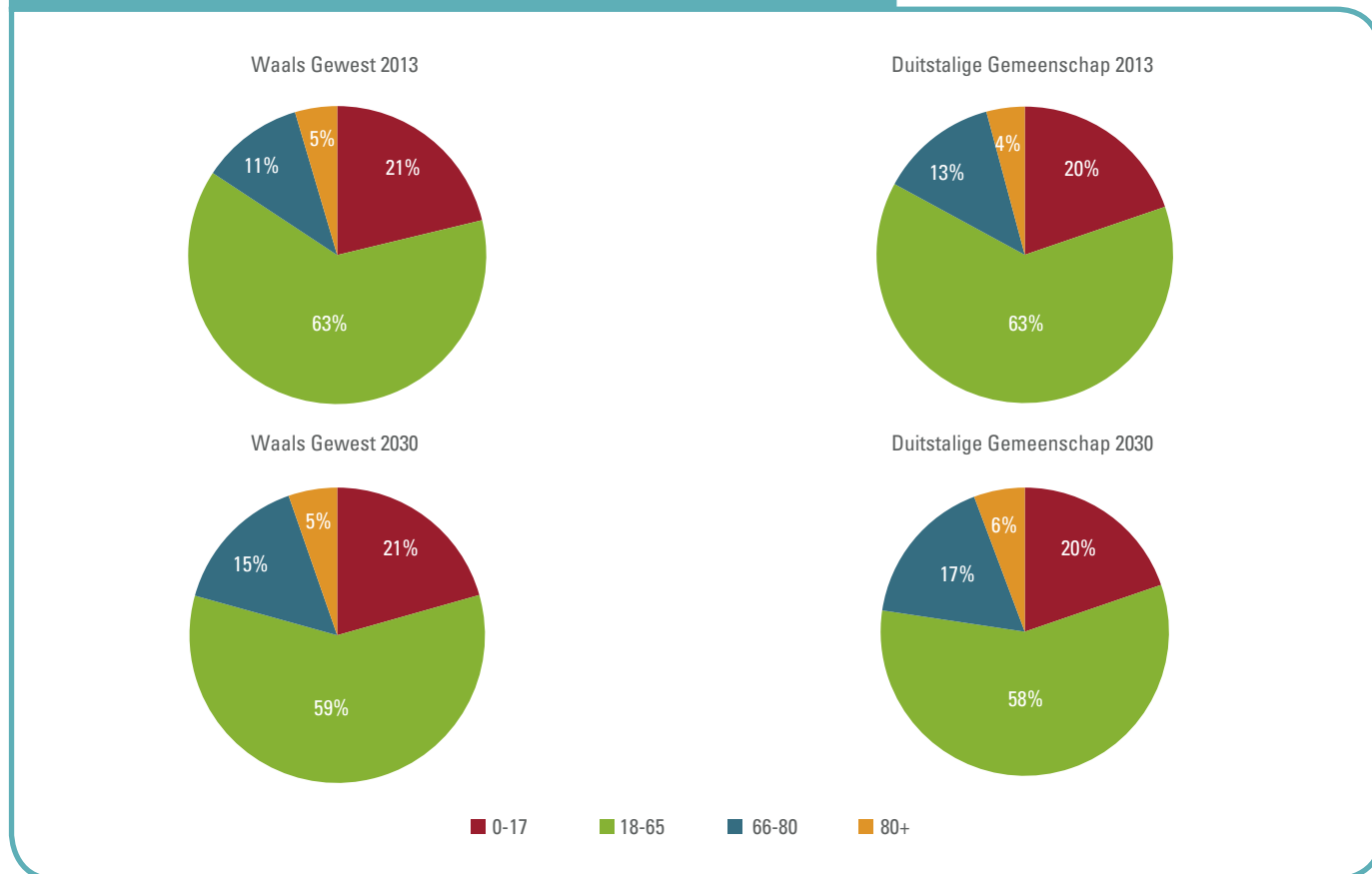
De vooruitzichten van de FOD Economie¹³ tonen echter dat de demografische evolutie in de DG acuter zal zijn en de beleidsverantwoordelijken moeten hiermee vandaag al rekening houden wanneer zij hun beleid inzake gezondheid en hulp aan ouderen in de DG concipiëren.

Voor 2030 zullen de personen uit diezelfde leeftijdsgroep, dus 66 jaar en ouder, 23% van de bevolking vertegenwoordigen, dus ongeveer één vierde van de bevolking van de DG. In het Waalse Gewest zal deze leeftijdsgroep 20% van de bevolking vertegenwoordigen.

Afbeelding 3: stromen van werknemers uit of naar de DG¹²



Grafiek 1: verdeling van de bevolking in verschillende leeftijdsgroepen

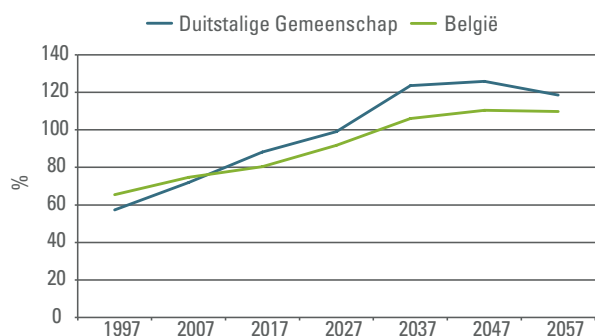


¹² Die DG in Zahlen. Ausgabe 2014-2015. DGStat, Ministerium der DG. http://www.ostbelgienstatistik.be/PortalData/22/Resources/downloads/DGStat_Flyer_RZ_DEF.pdf

¹³ <http://economie.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/perspectives/>

Zoals grafiek 2 toont, lijkt de vergrijzing van de bevolking meer uitgesproken in de Duitstalige Gemeenschap in vergelijking met de rest van het land. Anderzijds lijkt het verschijnsel van de vergrijzing ook te stoppen tegen de jaren 2050-2060.

Grafiek 2: ratio van de vergrijzing (67+) / (0-17)



5. 6^{de} staatshervorming¹⁴

In het kader van de 6^{de} staatshervorming waarvoor het institutioneel akkoord in 2011 werd afgesloten, werden de kinderbijslag en een deel van de bevoegdheden inzake arbeidsmarkt, gezondheidszorg en hulp aan personen, justitie, mobiliteit, verkeersveiligheid, landbouw, toerisme en de plaatselijke besturen overgedragen aan de Gemeenschappen en de Gewesten.

De integrale overdracht van de bevoegdheden vertegenwoordigt een volume van 20 miljard euro waarvan meer dan 5,09 miljard euro wordt overgedragen voor gezondheidszorg en hulp aan personen. 17% van het RIZIV-budget komt van het stelsel van de sociale zekerheid om naar de begrotingen van de Gewesten en de Gemeenschappen te vloeien.

Deze meest recente staatshervorming versterkt de effectieve autonomie van de deelstaten en zij krijgen ook meer slagkracht door de overdracht van nieuwe bevoegdheden naar de Gemeenschappen en de Gewesten.

Men moet vaststellen dat bij deze staatshervorming significante delen van de sociale zekerheid worden overgedragen (arbeidsmarkt, gezondheidszorg, kinderbijslag). Deze zesde staatshervorming hervormt ook de institutionele structuur rond Brussel, vereenvoudigt de rol van de Senaat en versterkt de effectieve autonomie van de Duitstalige Gemeenschap.

Om de nieuwe bevoegdheden inzake gezondheidszorg en hulp aan personen te implementeren en te beheren, heeft de Duitstalige Gemeenschap beslist om hiervoor een hybride governance-model in te voeren. De administratie beheert de materies in verband met het domein 'gezondheid' (preventie en promotie van gezondheid, revalidatie, financiering van de ziekenhuisinfrastructuur). De administratie beheert ook de financiering van de woonzorgcentra.

De Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben¹⁵ (DSL) beheert de materies die zorgbehoevende personen rechtstreeks treffen. Deze werd opgericht op 1 januari 2017¹⁶ ten behoeve van zorgafhankelijke personen, hun naasten en langdurig zieken. De hoofdtaken ervan zijn: informatieverstrekking, advies en begeleiding van de zorgafhankelijke persoon en zijn omgeving. Bovendien heeft deze als taak voorstellen en beleid inzake handicap en senioren uit te werken en hiermee vervult deze een adviesfunctie binnen de regering van de DG.

De DSL is een eenheidsloket met als opdracht om aan de rechthebbende de nodige middelen te geven zodat deze zelfstandig kan leven. Daartoe moet de DSL een ondersteuningsplan ten behoeve van de zorgafhankelijke persoon opstellen. Dit plan omvat de beoordeling van de afhankelijkheidsgraad voor personen die naar een woonzorgcentrum gaan, woningaanpassingen en de nodige maatregelen om thuis zelfstandig te kunnen leven.

De DSL zal ook de aanvragen voor technische hulpmiddelen zoals de mobiliteitshulpmiddelen behandelen. Vanaf 2019 zal de DSL het zelfredzaamheidsniveau van een resident in een woonzorgcentrum beoordelen alsook de handicapgraad van kinderen om verhoogde kinderbijslag te kunnen krijgen.

Net zoals elke instelling van openbaar nut (ION) heeft de DSL een raad van bestuur die deels paritair is samengesteld. Zijn hierin vertegenwoordigd met beslissende stem: de vertegenwoordigers van de werkgevers en de werknemers alsook de verzekeringsinstellingen, terwijl de vertegenwoordigers van de zorgverleners enkel een raadgevende stem hebben.

¹⁴ Zie ook CM Informatie 266 – december 2016: http://www.cm.be/binaries/CM-info-266-STAATSHERVORMING_tcm375-184452.pdf

¹⁵ Agence pour une vie auto-déterminée – Agentschap voor een onafhankelijk leven

¹⁶ Dekret zur Schaffung einer Dienststelle der Deutschsprachigen Gemeinschaft für selbstbestimmtes Leben – Dokument 148 (2016-2017) Nr. 5 file://udata-151.cmc.be/PersonalData\$/7515483/Downloads/DDL_Dok%20148-05%20(1).pdf

6. Perspectieven

De bevoegdheidsoverdracht inzake gezondheid en hulp aan personen naar de Duitstalige Gemeenschap in het kader van de 6^{de} staatshervorming heeft de verzekeringsinstellingen verplicht om een standpunt in te nemen omtrent beleidsvisies en standpunten voor de implementatie en organisatie van de bevoegdheden in de DG.

De verzekeringsinstellingen op het Duitstalige grondgebied hebben daarom eind 2015 beslist om een gelijkaardige structuur als op het federale niveau op te richten: het Intermutualistisch College dat het overleg over de standpunten die in het belang van hun leden bij de overheid verdedigd moeten worden, zal coördineren.

Zoals eerder beschreven, zal de administratie de nieuw overgedragen bevoegdheden beheren en uitvoeren voor de materies in verband met gezondheid. De DSL zal instaan voor de materies die met hulp aan de persoon te maken hebben, meer bepaald alles in verband met zorgafhankelijke personen, ongeacht hun leeftijd.

De verzekeringsinstellingen die tot nu steeds operationaliseringsopdrachten voor materies binnen de sociale zekerheid toevertrouwd kregen, zoals het beheer van de mobiliteits-hulpmiddelen of van de betalingen aan de woonzorgcentra, zien vandaag dat die taken hen ontnomen worden en dat de DSL of administratie die taken voortaan gaan uitvoeren.

De regering heeft met de DSL een structuur opgezet die deels paritair beheerd wordt. De uitdaging voor deze structuur is echter om een beheersvorm tot stand te brengen waarin alle actoren worden samengebracht die nu reeds de materies inzake sociale zekerheid medebeheren en dus een stevige expertise en veel knowhow aanbrengen.

De fundamentele vraag is: kan de Duitstalige Gemeenschap morgen andere materies in de sociale zekerheid beheren en de burgers daarbij hetzelfde niveau van dienstverlening en zekerheid (sociale zekerheid in dit geval) bieden?

De uitdaging zal hier verband houden met het gezondheids- en welzijnsbeleid dat de DG zal kunnen voeren. Gezien haar beperkte grootte, de demografische evoluties en de specifieke kenmerken van de mobiliteit van haar burgers, zal dit beleid efficiënt en betaalbaar moeten zijn en vooral nauw moeten aansluiten bij de noden van deze burgers.

Het Globaal Medisch Dossier

Rose-Marie Ntahonganyira en Hervé Avalosse – Departement R&D
Dr. Alex Peltier - Departement Gezondheidsbeleid

1. GMD - Wat is dit?

In mei 1999 verscheen het Globaal Medisch Dossier (GMD) in de nomenclatuur gezondheidszorg. Dit GMD beoogt de rol van de huisarts te versterken en de patiënttrouw aan de huisarts te vergroten. De huisarts beheert het GMD en verzamelt hierin de medische informatie over zijn patiënten en werkt deze informatie bij. Uiteraard beheerden artsen al vóór 1999 dossiers van hun patiënten (dit is een deontologische verplichting). Wat sindsdien wel veranderd is, is de concrete formalisering van deze prestatie in de nomenclatuur: de huisarts krijgt hiervoor immers een ereloon en de patiënt geniet hierdoor diverse voordelen.

Concreet dekt het GMD meerdere soorten gegevens: naast sociaal-administratieve informatie bevat het de antecedenten, de problemen, de verslagen van andere zorgverleners en langdurige behandelingen. Het GMD bevat ook een breed preventief luik (vroeger GMD+ genoemd). Dit is een thematische lijst die de arts moet overlopen met thema's zoals levensstijl (voeding, tabak, alcohol, ...), cardio-vasculaire aandoeningen, screening op colorectale kanker, borst- en baarmoederhalskanker, inenting, ...

Het GMD is sinds de administratieve uitwerking ervan heel wat aangepast en gewijzigd¹. Hieronder vermelden wij de algemene toepassingsbeginselen voor het GMD.

- De patiënt dient ermee in te stemmen dat zijn huisarts zijn GMD beheert². Eenmaal het GMD tijdens een raadpleging of huisbezoek geopend werd, blijven de rechten die eruit voortvloeien, verworven tot 31 december van het tweede kalenderjaar na de opening of verlenging ervan (deze verlenging kan gebeuren naar aanleiding van een nieuw contact met de huisarts³).
- Een arts krijgt een ereloon van 30 euro om het GMD van één van zijn patiënten te beheren (55 euro als de patiënt 45 tot 75

jaar is en het statuut van patiënt met een chronische aandoening heeft). Dit ereloon krijgt de arts telkens hij een GMD opent of verlengt (maximum één keer per kalenderjaar). Dit ereloon wordt volledig terugbetaald door het ziekenfonds en om te vermijden dat de patiënt dit moet voorschieten, kan hiervoor de toepassing van de derdebetalersregeling gevraagd worden (het ziekenfonds betaalt dit honorarium dan rechtstreeks aan de betrokken arts).

- Voor de patiënt is het belangrijkste voordeel van een GMD het verminderde remgeld:
 - Voor consultaties wordt het remgeld beperkt tot 1 euro voor VT-rechthebbenden (verhoogde tegemoetkoming) en tot 4 euro voor gewone verzekerden (in plaats van 2 en 6 euro zonder GMD).
 - Bovendien wordt het remgeld bij een huisbezoek voor personen van 75 jaar en ouder en/of chronisch zieken verminderd met 30%.
 - Dit lagere remgeld geldt voor raadplegingen en huisbezoeken bij de huisarts die het GMD beheert of een huisarts die met hem samenwerkt en toegang heeft tot het dossier van de patiënt.
- Een GMD biedt nog andere voordelen:
 - Wanneer de huisarts zijn patiënt doorverwijst (hiervoor moet een doorverwijzingsformulier worden ingevuld) naar bepaalde specialisten voor een raadpleging: vermindering van het remgeld met 5 euro (2 euro voor VT-rechthebbenden). Maximum één keer per kalenderjaar en per specialisme.
 - Het hebben van een GMD is een voorwaarde om toegang te hebben tot de zorgtrajecten (diabetes type 2, chronische nierinsufficiëntie) en de hieruit voortvloeiende voordelen.

Sinds 1 augustus 2014 kunnen de huisartsen voor een eGMD opteren. Dit is de elektronische versie (via het elektronisch netwerk MyCareNet) van de bestaande administratieve procedure. Patiënten en artsen genieten praktische voordelen en nieuwe functionaliteiten die aan het eGMD⁴ verbonden zijn.

1 Voor meer details over de historiek, zie: Regueras N. 2012. INFOFICHE - Van GMD naar GMD+: integratie van een preventiemodule. *CM-Informatie* 249.

2 Voor iemand die bij een wijkgezondheidscentrum (forfaitair gefinancierd) wordt ingeschreven, houdt dit in dat het beheer van het GMD aan de artsen van het Medisch Huis wordt toevertrouwd.

3 Sinds 2004 is de administratieve verlenging ingevoerd. Hiermee wordt het GMD automatisch verlengd mits bepaalde voorwaarden.

4 Zie: <http://www.mc.be/b2b/medecin-generaliste/dmg/principes-generaux/papier-edmg.jsp>

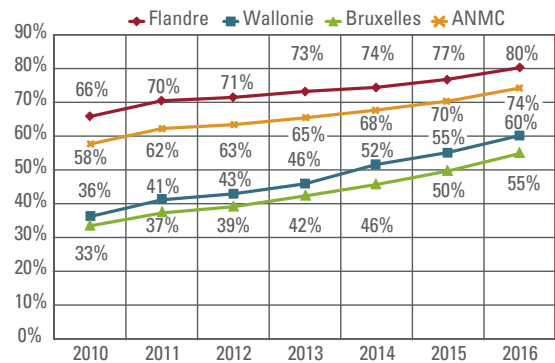
2. Enkele cijfers over het GMD

Op 31 december 2016 hadden zo'n 3,4 miljoen CM-leden een GMD, dus 74% van de leden⁵. Proportioneel hebben meer leden met verhoogde tegemoetkoming (82%) een GMD ten opzichte van gewone leden (73%).

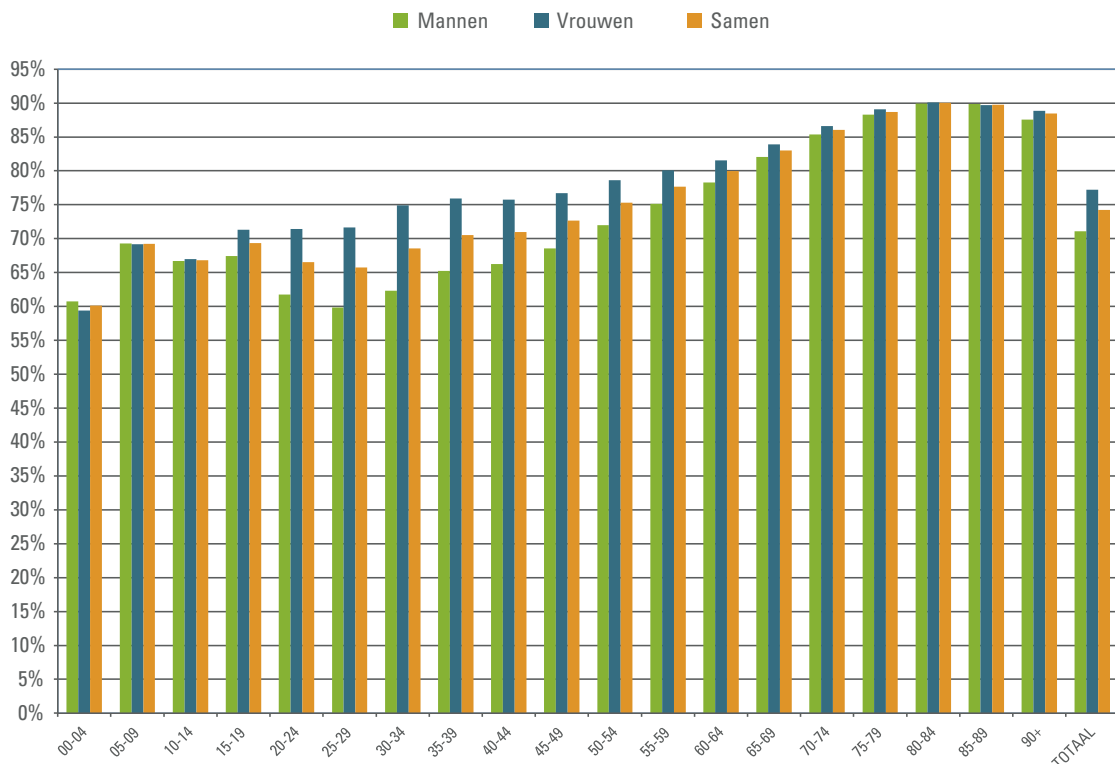
Het GMD kent een groeiend succes (zie grafiek 1). Het aandeel van leden met een GMD steeg de jongste jaren constant: van 58% in 2010 naar 74% in 2016. Dat geldt ook voor de verschillende regionale entiteiten. Voor Wallonië en Brussel valt een opmerkelijke stijging vast te stellen: Brussel zit nu boven de grens van 50% en Wallonië haalt 60%.

Zoals weergegeven in grafiek 2, varieert het hebben van een GMD volgens de leeftijd. Het aandeel van de leden met een GMD ligt hoger bij de ouderen en is het hoogst in de leeftijdsgroep 80-89 jaar: 90%. Merk ook op dat dit aandeel hoger ligt bij de vrouwen (77%) dan bij de mannen (71%).

Grafiek 1: Evolutie tussen 2010 en 2016 van het aandeel CM-leden met een GMD (op 31/12)



Grafiek 2: Aandeel CM-leden met een GMD volgens leeftijdsgroep en geslacht op 31-12-2016

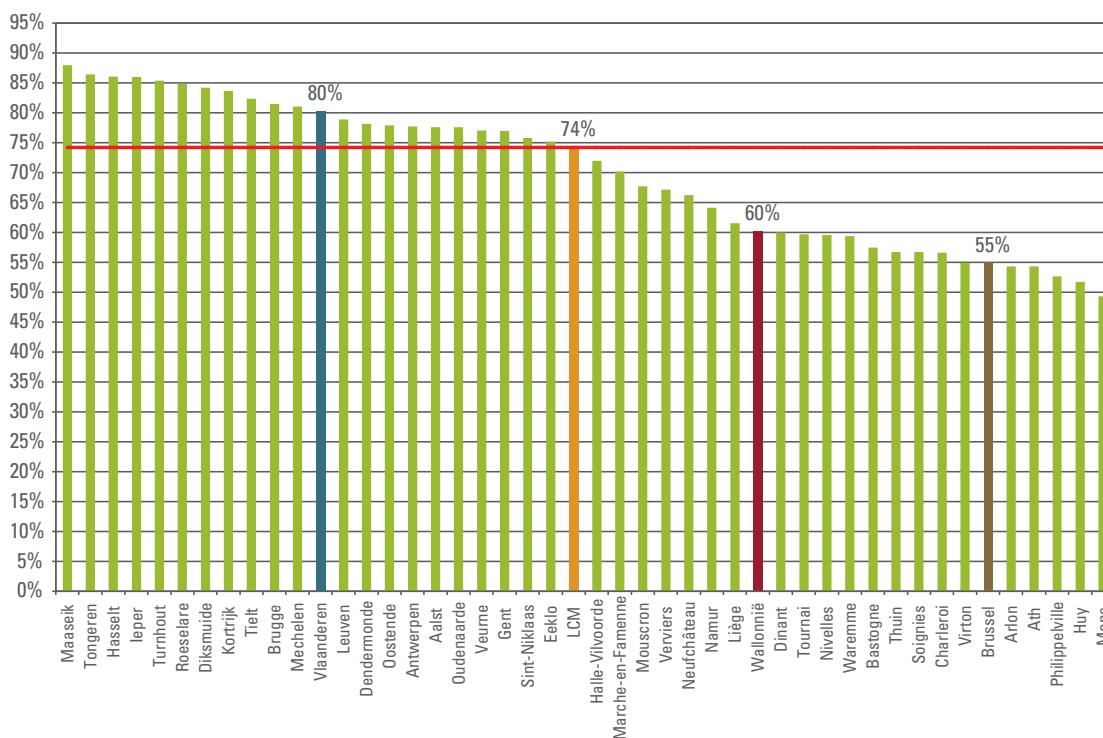


- 5 Vergelijking met de nationale gegevens.
 - in 2014 bedraagt de verhouding van Belgen met GMD 60% (bron: Atlas Intermutualistisch Agentschap).
 - in 2014 bedroeg deze verhouding bij CM 68%. CM-leden vragen dus vaker het GMD aan dan de Belgische bevolking in het algemeen.
- 6 Volgens de woonplaats van de leden

Ook geografisch⁶ is er een sterke variatie (zie grafiek 3). De hoogste percentages worden aangetroffen in de Limburgse arrondissementen (86 tot 88%) en het laagste percentage in het arrondissement Hoei (52%). Opnieuw wordt een opmerkelijke

progressie vastgesteld: in 2011 haalden de Waalse arrondissementen en Brussel geen 50% terwijl ze nu allemaal boven die grens uitkomen.

Grafiek 3: Aandeel CM-leden met een GMD per arrondissement en per gewest op 31-12-2016



3. Uitdagingen voor de toekomst

In de toekomst is het uiteraard de bedoeling het GMD verder te promoten en zowel de zorgverleners als de patiënten te blijven sensibiliseren. Bij de CM-leden wordt een inhaalbeweging vastgesteld in Wallonië en Brussel. De Frans- en Duitstalige CM-ziekenfondsen betalen het remgeld voor kinderen onder 18 jaar terug via de aanvullende verzekering. Daarvoor moet een GMD⁷ geopend worden. Zo'n incentive draagt zeker bij tot het groeiende succes van het GMD in het zuidelijke landsdeel.

Naast die kwantitatieve aspecten, moeten ook de kwalitatieve aspecten van het GMD beoordeeld worden. Is door de financiering van het GMD ook de eerste rol ervan, meer bepaald de

informatie centraliseren, vervuld? Is de informatie in het GMD voldoende relevant en actueel? Is de informatie toegespitst op zowel de curatieve als de preventieve aspecten (de afschaffing van GMD+ was gekoppeld aan de integratie van het preventieluik in het GMD)? Kunnen met de gegevens in het elektronisch GMD ook correcte SUMHERs (SUMmarized Electronic Health Record, de samenvatting van het elektronisch dossier) worden gemaakt die tot informatie-uitwisseling met andere zorgverleners (uiteraard mits toestemming van de patiënt) aanzetten? Al die vragen blijven momenteel onbeantwoord. De evaluatie loopt en de Dienst Evaluatie en Geneeskundige Controle van het RIZIV⁸ is hiermee bezig.

Zoals eerder vermeld, is het ereloon dat de arts voor het beheer van een GMD krijgt, verhoogd tot 55 euro voor een patiënt tussen 45 en 75 jaar met een statuut chronische aandoening. Deze leeftijdsbeperking werd louter om budgettaire redenen

⁷ <https://www.mc.be/mes-avantages/0-18/100pour100rembourses.jsp>

⁸ Zie nationaal akkoord artsen- ziekenfondsen 2016-2017 http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/accord_medecins_mutualites_2016_2017.pdf

ingesteld en heeft dus geenszins te maken met een medische logica. Eigenlijk zou deze hogere financiering voor alle chronisch zieken moeten worden toegekend, aangezien de arts meer werk heeft met het beheer van hun GMD en met de zorgcoördinatie. De financiering van het GMD zal echter niet worden opgetrokken zonder een positieve evaluatie en een effectief bewezen terugverdieneffect. Het GMD bestaat al 18 jaar en het is nodig om de doelstellingen ervan te versterken.

CM zal erover waken dat de doelstellingen die bij het invoeren van het GMD werden geformuleerd, verwezenlijkt worden. De huisartsen moeten hun centrale rol die het GMD wil vervullen, verzekeren. Dit betekent dus dat de huisartsen ook actief en kwalitatief moeten zorgen voor het onderhouden van het GMD, zodat het een performant instrument is in de kwaliteit en continuïteit van de zorg.

Ouderschap: van vreugde ... tot uitputting ...

Hervé Avalosse – departement R&D

Aline Franssen – Infor Santé

In samenwerking met Moïra Mikolajczak (UCL)

Samenvatting

Ouder zijn is niet eenvoudig in onze samenleving. De druk is groot en neemt zelfs nog toe. Wij willen 'goede' ouders zijn, alles doen voor onze kinderen. Soms doen sommigen hiervoor inspanningen tot ze uitgeput zijn. Moïra Mikolajczak en Isabelle Roskam, psychologen van UCL, bestuderen dit syndroom van 'ouderschapsburn-out'. Zij schatten dat dit 5% van de ouders treft, maar tot 8% van de ouders zou een hoog risico lopen. De risicofactoren om dit syndroom te krijgen zijn divers, waarbij de opeenstapeling ervan niet langer gecompenseerd wordt door diverse beschermingsfactoren. De strategie om dit syndroom te voorkomen of dit te boven te komen zal dan zijn om uit te maken op welke factoren men kan inwerken om het evenwicht tussen de risico- en de beschermingsfactoren te herstellen.

Sleutelwoorden: Ouderschapsburn-out, risicofactoren

1. Inleiding: ouder zijn is geen sinecure!

Kinderen brengen vreugde en geluk maar ouder zijn is zeker een bron van stress. Het komt er niet enkel op aan ouder te zijn maar vooral om een 'goede' ouder te zijn. Wat zouden wij al niet doen voor onze kinderen? En het ontbreekt op dit vlak niet aan sociale aanbevelingen! Het volstaat niet goed te zijn en ze de basiszorg te geven zoals voeding, huisvesting en onderwijs. Neen, onze samenleving eist meer: er wordt gewaakt over de belangen van onze kinderen, zij moeten zich kunnen ontplooien, hun potentieel kunnen ontwikkelen, hun weg kunnen vinden ... Dat 'positief' ouderschap blijkt een ideaal te zijn dat soms moeilijk te bereiken is. Sommige ouders investeren hierin veel tijd en energie met het risico dat ze uitgeput raken.

Moïra Mikolajczak en Isabelle Roskam, psychologen en onderzoeksters bij UCL hebben dit syndroom van uitputting van nabij bestudeerd. Het resultaat van hun onderzoek en ervaringen publiceerden zij onlangs in een zeer pedagogisch boek 'Le burn-out parental, l'éviter et s'en sortir'. Hierin beschrijven zij dit syndroom en ze aarzelen niet om dit burn-out door het ouderschap te noemen en zij geven mogelijkheden om zich hiertegen te beschermen.

2. Ouderschapsburn-out: wat is dat?

Het syndroom 'ouderschapsburn-out' heeft drie dimensies¹:

1. Een gevoel van uitputting, zowel fysiek als emotioneel. "Dat facet verschijnt het vaakst als eerste element. De ouder heeft het gevoel uitgeput, leeg en doodop te zijn." Men kan zich zo moe voelen dat enkel de gedachte aan wat met de kinderen gedaan moet worden al een bron van ontredde is.
2. Zich affectief distantiëren van de kinderen. "De ouder die te vermoeid is, kan geen energie meer investeren in de relatie met zijn kind(eren) of in ieder geval niet meer zoals gewoonlijk. Hij luistert minder aandachtig naar wat de kinderen hem vertellen, hecht niet meer zoveel belang aan wat zij beleven en voelen [...]. Hij doet wat hij moet doen (de kinderen naar school brengen, eten klaarmaken voor hen, zorgen dat ze proper zijn en hen te slapen leggen) maar niet meer dan dat."
3. De ouder wordt minder efficiënt in zijn rol en vindt hierin minder ontplooiing. "De ouder beseft dat hij niet meer de ouder is die hij zou willen zijn. Hij voelt zich niet meer efficiënt en heeft de indruk geen goede ouder meer te zijn."

1 Mikolajczak & Roskam (2017), p. 37-40

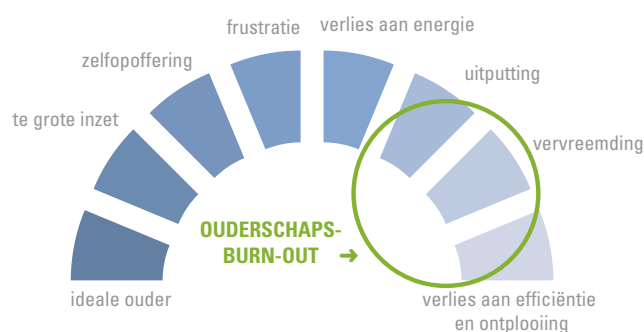
Opdat sprake zou zijn van 'ouderschapsburn-out' moet men ernstige symptomen vertonen voor minstens twee van de drie dimensies. De studies van Moira Mikolajczak en Isabelle Roskam suggereren dat 5% van de ouders vandaag getroffen zou zijn en dat 8% een hoog risico loopt. Dit geldt zowel voor mannen als vrouwen². Dit is zeker niet marginaal en is zelfs eerder verontrustend. Bovendien valt te vrezen dat dit symptoom ongunstige gevolgen voor de gezondheid van de ouders heeft zonder te vergeten dat het welzijn van de kinderen zelf in gevaar kan komen (verwaarlozing, ...)³.

Opgelet: ouderschapsburn-out is niet te verwarren met werkgebonden burn-out. Deze laatste manifesteert zich in de arbeidswereld terwijl ouderschapsburn-out eigen is aan de gezinsfeer. 'Ouderschapsburn-out' mag ook niet gelijkgesteld worden aan depressie. Burn-out is gekoppeld aan een bijzondere context terwijl depressie alle levenssferen (privé en werk) treft⁴.

3. Ouderschapsburn-out is tevens een proces

Dit syndroom verschijnt niet plots, maar is progressief. Moira Mikolajczak en Isabelle Roskam stellen dit voor als een boogvormig proces (zie schema 1). Het begint bij de droom of de hoop om een ideale ouder te zijn, te voldoen aan de eisen gesteld door de opdracht die men zich als ouder gaf. Vandaar een zeer grote of zelfs te grote inzet. "Hij (de ouder) geeft zich zonder te rekenen, 's nachts, bij de verzorging en verkenningsactiviteiten (bij jonge kinderen) of trajecten, bij buitenschoolse activiteiten, huiswerk, maaltijden, tijd om te spelen of te discussiëren met de oudere kinderen"⁵. Men gaat dan uiteraard zijn eigen behoeften verwaarlozen of opofferen en stoppen met bepaalde activiteiten, vrijetijdsbesteding en soms lijdt ook het huwelijk hieronder. Het gevolg hiervan is ontevredenheid die stilaan frustratie wordt (omdat de kloof tussen ideaal en werkelijkheid groot kan lijken ...). Als dit aanhoudt begint de opgestapelde vermoeidheid te priemen en de ouder "beseft volop welke opoffering zijn rol als ouder vereist"⁶. Die fase van energieverlies, dat men overvallen wordt door 'slapte' is een kritieke fase. In dit stadium is de situatie echter nog omkeerbaar op voorwaarde dat men het anders gaat aanpakken. Als men echter niet oplet omdat men zijn tijd aan de kinderen blijft besteden zonder tijd te nemen om voor zichzelf te zorgen, kortom 'als men alles op zijn beloop laat, dan komt men in een burn-out terecht'. Men raakt afgepeigerd.

Schema 1: De fases van een ouderschapsburn-out



Bron: Mikolajczak & Roskam (2017), p. 60

4. Risico- en beschermingsfactoren

Een 'ouderschapsburn-out' is niet te wijten aan één element of één specifieke oorzaak maar heel wat risicofactoren spelen hierin een rol. Zoals wij hierboven zagen, is dit een progressief verschijnsel. In feite gaat het om een accumulatie van risicofactoren. De beschermingsfactoren kunnen die niet meer voldoende compenseren en uiteindelijk gaat dit de burn-out ontketenen. "Men dacht dat dit te maken had met de aanwezigheid van een zwaar ziek kind, met het feit dat men zijn kinderen alleen moet opvoeden, met nieuw samengestelde gezinnen of zeer kroostrijke gezinnen. Deze elementen kunnen het risico van ouderschapsburn-out wel met 10% doen stijgen maar drie andere factoren zijn duidelijk veel doorslaggevend (20 tot 25% elk)"⁷.

1. De persoonlijkheid van de ouder.

Bijvoorbeeld: emotionele instabiliteit, een moeilijk verleden of een moeilijke persoonlijke levensgeschiedenis en de perfecte ouder willen zijn, zijn risicofactoren. Omgekeerd zijn goede emotionele vaardigheden een beschermingsfactor: kan de ouder zijn eigen emoties herkennen, begrijpen, uitdrukken, ernaar luisteren en ermee omgaan en kan hij dit ook voor de emoties van anderen?

2 Moreau (2017)

3 Cf Royer (2017b).

4 www.burnoutparental.com

5 Mikolajczak & Roskam (2017), p. 63

6 Mikolajczak & Roskam (2017), p. 68

7 Cf. Royer (2017a).

2. **Ouderschap.** Wij gaan terug naar de opvoeding die de ouders geven, hun 'functioneren' in de dagdagelijkse relatie met hun kinderen. Bepaalde praktijken (vb. niet consequent zijn bij de opvoeding, te streng zijn) zijn risicofactoren; andere elementen (vb. consequent zijn, positief versterken van goed gedrag van het kind) zijn beschermingsfactoren.
3. **Huwelijksband.** Zich tevreden voelen in zijn huwelijk en goed mede-ouderschap (dit betekent echte samenwerking tussen de twee partners omtrent de waarden en praktijken bij de opvoeding) zijn beschermingsfactoren terwijl ontevredenheid over de relatie met de partner (aangename momenten samen zijn zeldzaam) en gebrekkig mede-ouderschap (vb. gebrek aan steun, onbillijk bekritisieren) zijn risicofactoren.

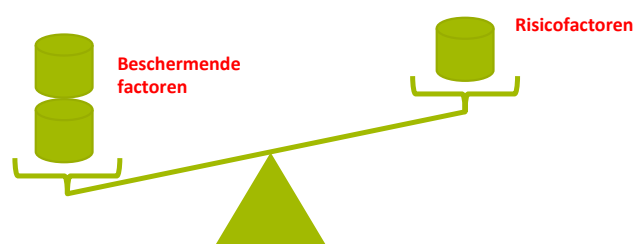
Soms kunnen bepaalde risicofactoren nauwelijks of zelfs niet verholpen worden, zoals de huwelijkssituatie, een ziek kind of een kind met een handicap. Voor de drie soorten factoren die hierboven vermeld zijn, is het goede nieuws dat zij niet star zijn in de tijd. Ze kunnen negatief worden en de opeenstapeling ervan kan een ouderschapsburn-out doen ontstaan, maar er kan op ingewerkt worden om de zaken te verbeteren en ze zelfs tot beschermingsfactoren te maken.

5. Wat doen?

Alles zal dus een kwestie van evenwicht zijn (zoals schema 2 symboliseert) tussen risicofactoren (wat niet goed gaat) en beschermingsfactoren (wat wel goed gaat). In elk gezin zal de uitdaging zijn om de sterkten en de zwakten te vinden en het evenwicht tussen beiden te vinden. Door goed te bepalen aan welke factoren gewerkt kan worden en door in beschermingsfactoren te investeren, zullen de risicofactoren waarmee men tegelijkertijd af te rekenen krijgt, dan gecompenseerd kunnen worden om zo zijn welzijn als ouder te kunnen beschermen of herstellen.

Bijvoorbeeld: door zijn emotionele vaardigheden te verbeteren zal men stresssituaties beter aankunnen. Men kan ook stoppen met de perfectie na te streven en zichzelf onder druk te zetten en toch een kwaliteitsvolle tijd met zijn kind doorbrengen. Ook het koppel kan hun mede-ouderschap verbeteren: samenwerking tussen de ouders, de "verstandhouding tussen de ouders omtrent het delen van verantwoordelijkheden, het dagdagelijks delen van de taken in verband met het kind, de kwaliteit van de communicatie, wederzijds respect en de manier waarop conflicten over de opvoeding van het kind worden opgelost"⁸.

Schema 2: preventie van 'ouderschapsburn-out' door een goed evenwicht



Niets is star, niets is definitief. Een ouderschapsburn-out kan men te boven komen maar men moet eraan werken en de oplossingen wisselen van persoon tot persoon. Eén mogelijkheid is bijvoorbeeld professionele hulp zoeken.

6. Actie van de Frans- en Duitstalige CM-ziekenfondsen

De Frans- en Duitstalige CM-ziekenfondsen werken ook rond dit thema. Zij werken meer bepaald mee aan het onderzoek dat UCL hierrond doet. Zo nodigden wij een steekproef van Franstalige CM-leden uit om deel te nemen aan een online enquête van de UCL.

De Frans- en Duitstalige ziekenfondsen organiseerden in het eerste semester 2017 een sensibiliseringscampagne rond een evenwichtig gezinsleven met als startevenement een conferentie onder de titel "*Être parent, une aventure de chaque jour. Des pistes pour retrouver son équilibre – Ouder zijn, iedere dag een avontuur. Hoe zijn evenwicht hervinden? (vrije vertaling).*" Acht conferenties werden gegeven in de vier hoeken van de Federatie Wallonië-Brussel die zo'n 1.000 deelnemers samenbrachten. Ook de Christliche Krankenkasse werkt mee: twee gelijkaardige conferenties zijn gepland voor september 2017.

De talrijke getuigenissen van de deelnemers gaan in dezelfde richting: uiteindelijk worden woorden geplakt op wat duizenden ouders iedere dag voelen in hun dagdagelijks leven. Isabelle Roskam en Moïra Mikolajczak nemen de complexen weg en zorgen voor een warm onthaal om een duidelijke boodschap mee te geven aan het publiek: ouder zijn is niet alleen puur geluk en wanneer het niet meer lukt, is er een uitweg.

8 Mikolajczak & Roskam (2017), p. 144

Naast die conferentiecycclus organiseert elk regionaal ziekenfonds speciale 'ouder'- of 'kind'-activiteiten. Ondersteunde workshops inzake ouderschap, initiatie inzake relaxatietechnieken ouder-kind, themadagen, specifieke conferenties, ...

De Frans- en Duitstalige ziekenfondsen ontwikkelden een **set van sensibiliserende postkaarten** alsook een **'boordboekje voor ouders'** dat echt aansluit bij de boodschappen van de campagne en heel wat oefeningen, situaties en sprekende inhoudelijke bijdragen over ouderschap vandaag bevat. Het thema ouderschap is ook opgenomen op de webstek www.jepenseaussiamoi.be met achtergrondartikels, getuigenissen en advies.



Ten slotte voerden de Frans- en Duitstalige ziekenfondsen, naast deze inspanningen om te informeren en lokale activiteiten te organiseren, ook een tussenkomst in de kostprijs van het consult bij de psycholoog in (15 euro per zitting tot maximum 180 euro per jaar en per persoon). Deze dienst dekt uiteraard elk psychologisch probleem met inbegrip van 'ouderschap-burn-out'.

Bibliografie

Mikolajczak M & Roskam I. 2017. *Le Burn-out parental: L'éviter et s'en sortir*. Editions Odile Jacob. 196 p.



Dit schema graag nog in hoge resolutie

Moreau C. 2017. Burn-out parental : reconnaître les signes avant de craquer. *Femme actuelle*, édition en ligne.

<http://www.femmeactuelle.fr/enfant/enfants/sante-psycho/burn-out-parental-reconnaitre-signes-avant-craquer-36095>

Royer M. 2017a. Le burn-out parental frappe un parent sur 20. *Sud Presse*. Edition du 18-03-2017.

Royer M. 2017b. Le parent en burn-out vit dangereusement. *Sud Presse*. Edition du 18-03-2017.

Roskam I, Raes ME & Mikolajczak M. 2017. Exhausted parents: Development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*. **8** : 163.doi: 10.3389/fpsyg.2017.00163

Mikolajczak M, Raes ME & Roskam I. 2017. Exhausted parents: sociodemographic, child-related, parent-related, parenting and family-functioning correlates of parental burnout. En cours de publication.

De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD

Lebbe Caroline, Ntahonganyira Rose-Marie, Vandenberg Jan (LCM R&D – MD)

Samenvatting

Problemen met de aandacht, hyperactiviteit en impulsief gedrag bij jongeren blijft een maatschappelijk probleem. De behandeling met methylfenidaat voor "Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder" dat we als ADHD kennen, is al enkele decennia voorgesteld. Het gebruik van dit geneesmiddel in België is hoog. Minstens de helft van de voorschriften vindt plaats in een circuit naast de officiële terugbetaling. In de zomermaanden blijkt het verbruik lager te liggen. CM onderzocht het actuele gebruik van methylfenidaat bij jongeren tot en met 18 jaar. Opvallend in de CM-studie is dat de klasjongsten het meeste kans hebben om met de diagnose van ADHD te worden geconfronteerd. Wij besluiten hieruit dat een risico op de medicalisering van de normale ontwikkeling reëel is. CM stelt voor om het gebruik van methylfenidaat te registreren en multidisciplinaire zorgpaden te ontwikkelen.

Sleutelwoorden: Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD), methylfenidaat, klasjongsten, medicalisering.

1. Inleiding

ADHD is goed gekend en omschrijft aandacht-tekort, hyperactiviteit en impulsiviteit (American Psychiatric Association, 1992).¹ De prevalentie van ADHD wordt geschat op 2,9% in de kindertijd en 2,1% in de volwassenheid.

Kinderen (en ook volwassenen) met deze problematiek kunnen inderdaad moeilijkheden hebben met alertheid, waakzaamheid, het doelgericht oplossen en uitvoeren van taken, concentratie en geheugen, en andere mentale functies (Sabbe et al. 2015).

Wat de medicamenteuze behandeling betreft, is methylfenidaat (Rilatine®, Equasim®, Concerta®, ...) het best onderzochte geneesmiddel bij kinderen en adolescenten met een formele diagnose van ADHD. Dit geneesmiddel is een amfetamine en remt het hyperactief en onvoorspelbaar gedrag. Het genees-

middel wordt frequent en over verschillende jaren voorgeschreven, hoewel de effectiviteit op lange termijn weinig bestudeerd is.² De inname van het geneesmiddel is niet zonder risico. Bloeddrukschommelingen, hoofdpijn, misselijkheid en maagpijn, eetlustverlies en vermageren, maar ook slaapproblemen, gedragsverandering en psychische symptomen zijn beschreven. Op lange termijn is er een verhoogde kans op vertraging van de lichaamsgroei, hart- en vaatziekten, lever schade, afhankelijkheid, en psychiatrische aandoeningen.³

2. Hoe is het vandaag gesteld met het verbruik van dit geneesmiddel bij onze jeugd?

Binnen de CM-populatie kregen in 2016 zowat 12.000 jongeren van 6 tot en met 18 jaar⁴ (2% van de jongeren) minstens 1 maal

1 American Psychiatric Association, 1992; DSM V. Nussbaum et al. (2014). APA; Pyciatrie (2016). Hengeveld et al., De Tijdstroom.

2 BCFI, 2017: 2010, 2014

3 BCFI, 2017: 2010, 2014

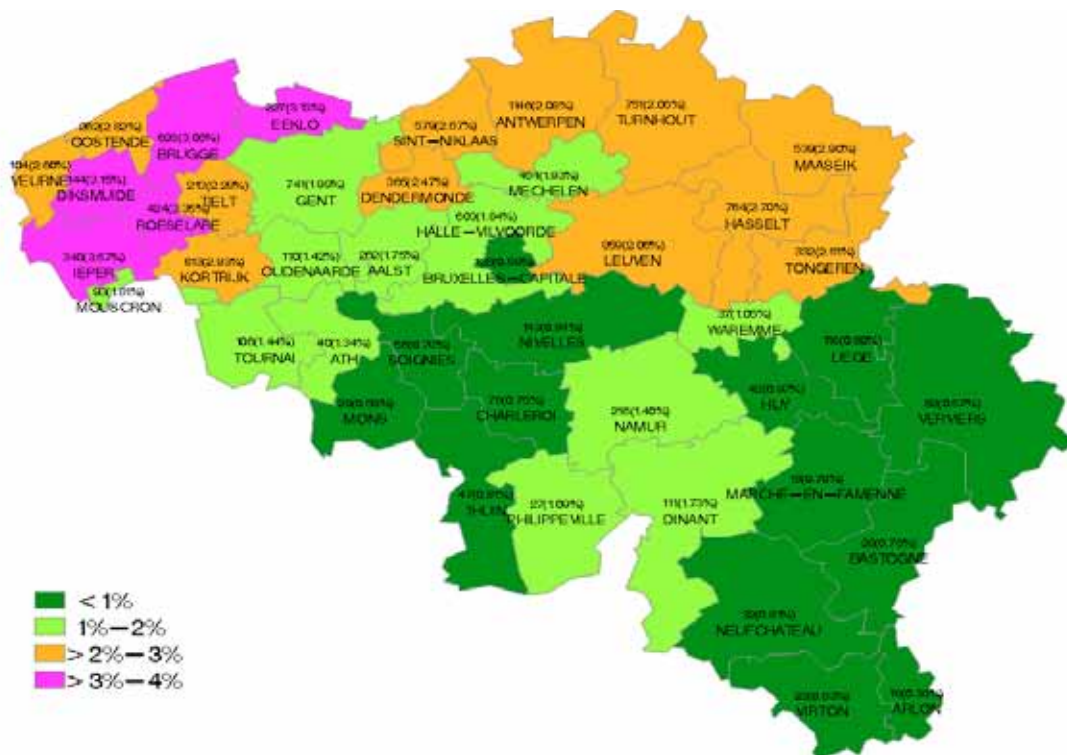
4 Sinds 1 september 2004 wordt methylfenidaat terugbetaald voor jongeren vanaf 6 jaar t.e.m. 17 jaar in het kader van een behandeling voor ADHD. Een rapport van kinderneuroloog of kinderpsychiater dient voorgelegd. De terugbetaling wordt toegestaan voor maximaal 6 maand. Hernieuwing van de terugbetaling kan voor 12 maand, mits een evolutierapport van de bovenvermelde specialisten dat het voortzetten rechtvaardigt.

een terugbetaalde vorm van methylfenidaat. Dit is vergelijkbaar met de ons omringende landen. Er moet wel een belangrijke kanttekening gemaakt worden. De verkoopcijfers in België leren ons dat methylfenidaat in ons land ook frequent verkocht wordt buiten de regeling van terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering. Die "secundaire" verkoop zou in 2016 tot 50% van het totaal verkocht volume bedragen. Het werkelijke gebruik van methylfenidaat in België ligt dus heel wat hoger dan afgeleid wordt uit de CM-facturatiegegevens.

We deden ook nog andere vaststellingen. Ongeveer 59% van alle personen voor wie deze geneesmiddelen zijn voorgeschreven, betreffen kinderen tussen 10 en 15 jaar en dan vooral jongens. In 22% van de gevallen zijn het jongeren van 16 tot en met 18 jaar.⁵

Een constante is dat het geneesmiddel vooral in Vlaanderen wordt voorgeschreven (2,4% tegenover 0,9% van de jongeren in Wallonië en 0,6% in het Brussels Gewest) (zie grafiek 1), hoewel het gebruik in Wallonië toeneemt.

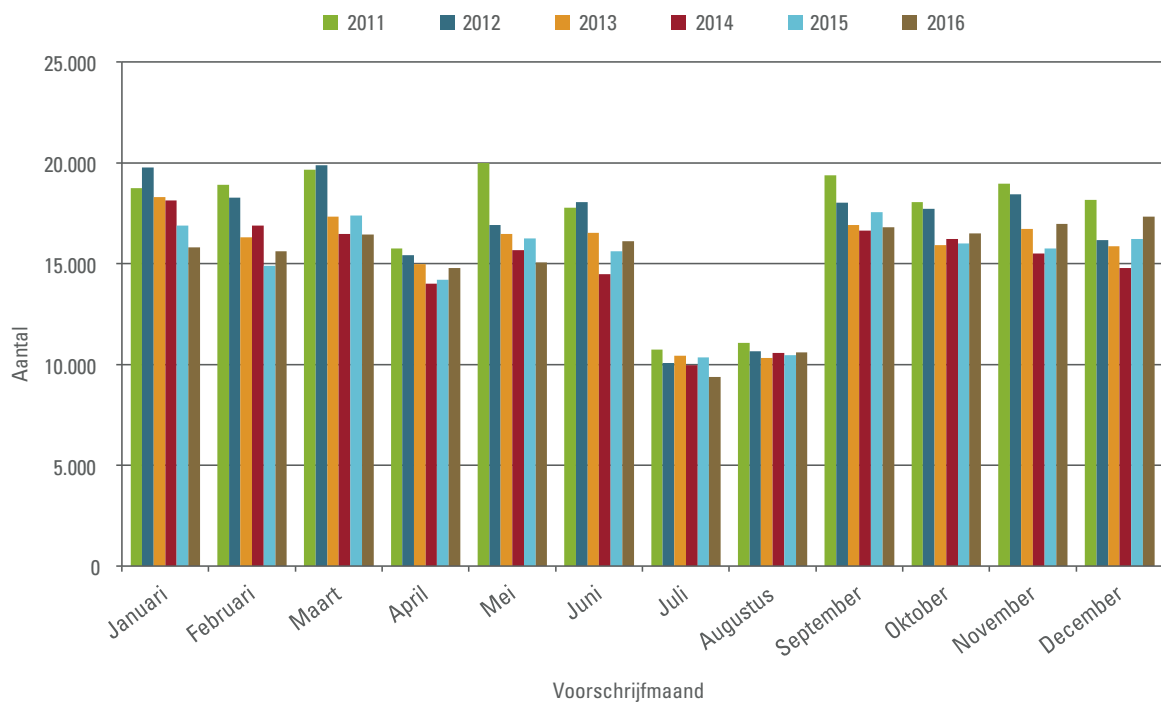
Grafiek 1: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per arrondissement (LCM, 2016)



5 Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat in de CM-databestanden enkel informatie beschikbaar is over de voorgeschreven geneesmiddelen waarvoor een terugbetaling mogelijk is.

Opmerkelijk is de terugval in het aantal vergoede verpakkingen van methylfenidaat tijdens de zomermaanden (zie grafiek 2) en dat ongeacht de leeftijd van de jongere.

Grafiek 2: Aantal terugbetalingen van methylfenidaat per maand bij jongeren van 6 tot en met 18 jaar (2011-2016)



Verder is de lange duur van het medicatiegebruik zorgwekkend. 21% van de gebruikers blijkt na tien jaar nog steeds methylfenidaat te gebruiken.

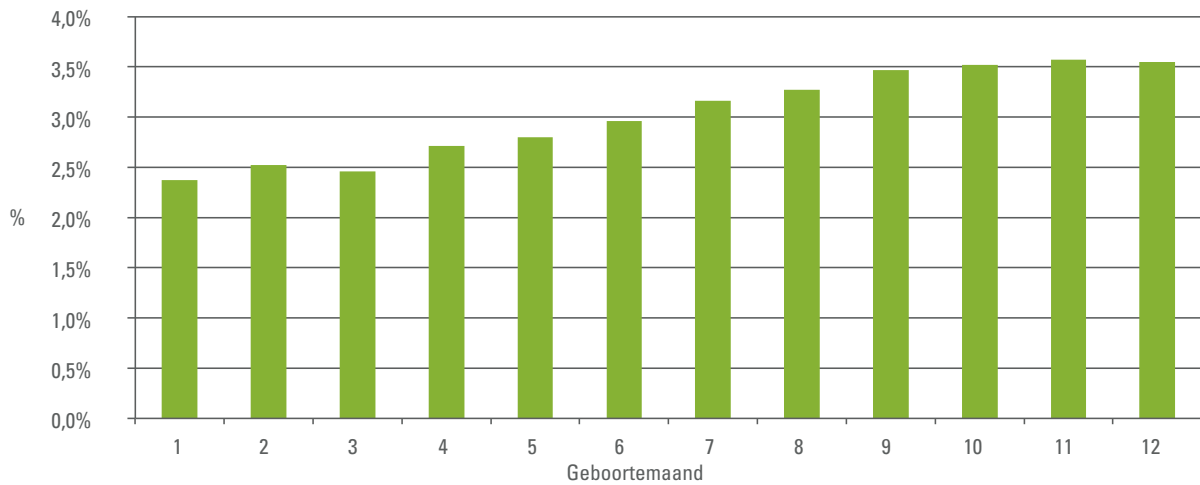
Deze gegevens bevestigen eerder opgemerkte tendensen van een medicaliseren van een als problematisch ervaren gedrag en/of van concentratieproblemen bij kinderen. Onderzoekers wijzen er op dat zowel ouders als leerkrachten daar een rol zouden in spelen.⁶

3. De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een behandeling met methylfenidaat.

We deden nog een andere opmerkelijke vaststelling. In België zijn de klassen in het onderwijs georganiseerd per kalenderjaar. De jongsten van de klas blijken nu een grotere kans op een behandeling met methylfenidaat te hebben (zie grafiek 3). Binnen een klasgroep blijkt de kans op medicamenteuze behandeling met een terugbetaling van methylfenidaat gelinkt te zijn aan de relatieve leeftijd van het kind. We zien dat kinderen die in het laatste kwartaal geboren zijn, en dus de jongsten zijn van de klas, ongeveer 50% meer kans hebben om minstens 1 maal methylfenidaat vergoed te krijgen dan de oudsten, geboren in het eerste kwartaal.

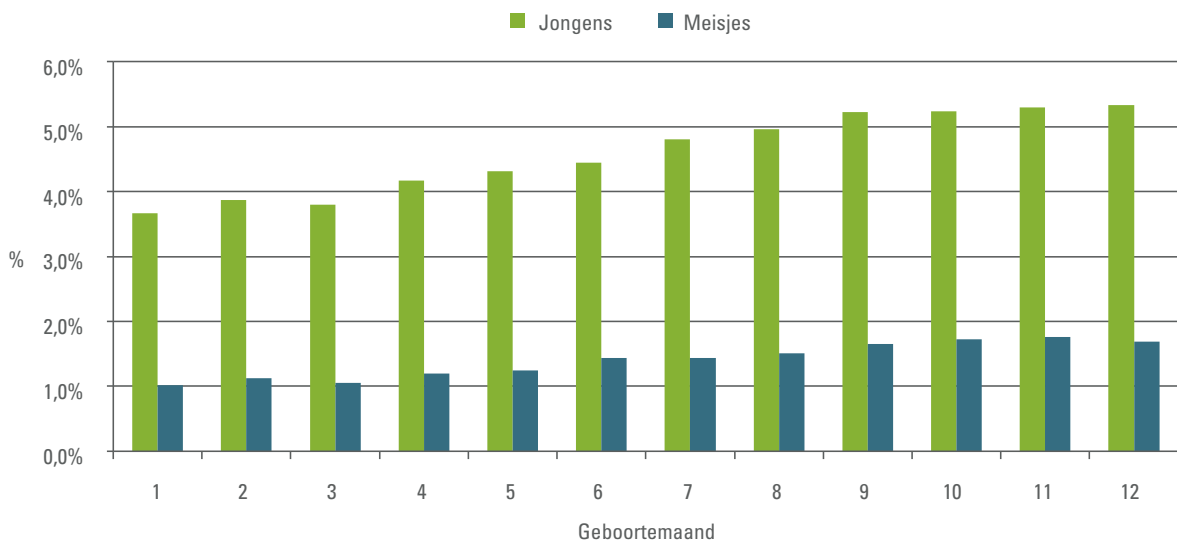
6 Philips, C.B. (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. Plos Medicine, 3, 182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434504/>

Grafiek 3: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per geboortemaand (37.684 patiënten in het totaal)



Dit zien we zowel bij de meisjes als bij de jongens (zie grafiek 4).

Grafiek 4: % van de patiënten 6-18 jaar met terugbetaling voor methylfenidaat per geboortemaand en geslacht (37.684 patiënten in het totaal)



Onze gegevens bevestigen eerder onderzoek.^{7,8} Ook in het buitenland hebben de jongsten van de klas een grotere kans op een voorschrift van methylfenidaat. Hoe kan dit verklaard worden? De psychomotorische ontwikkeling kenmerkt zich door de samenwerking van een motorische, een cognitieve en een dynamisch- affectieve component. Dit richt zich op veranderingen in gedrag, en dat samenhangend met de leeftijd en binnen een psychosociale context. Aandacht-tekort, hyperactiviteit en impulsiviteit zouden als afwijkend begrepen worden. Elke deviatie loopt bijgevolg het risico om gemedicaliseerd en behandeld te worden zonder de contextuele factoren in rekening te brengen.^{9,10,11}

Dit betekent niet alleen een verhoogd risico om aan het geneesmiddel blootgesteld te worden, maar het bevestigt ook de realiteit van een onnodige behandeling (met stimulerende medicatie) die blijkbaar gemeengoed wordt. De grens tussen ADHD en immaturiteit blijkt vaag. Het gevaar voor overdiagnose en over-gebruik is dus reëel. En dan spreken we nog niet over het oneigenlijk gebruik van methylfenidaat door studenten en tijdens sportevenementen.

4. Besluit en standpunt van CM

Onze bevindingen doen vragen rijzen over de diagnosestelling van ADHD, de eenvoud van het afleveren van een voorschrift voor een stimulerend geneesmiddel en het daaruit volgende risico op foutief gebruik bij jongeren. Deze geneesmiddelen zijn immers gevaarlijk op lange termijn en impliceren naast hun impact op de slaapkwaliteit, de eetlust en de groei, een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en psychische stoornissen. De vraag stelt zich bijgevolg of het gebruik van dit geneesmiddel niet beter omkaderd moet worden.

De overheid moet bovendien werk maken van de registratie van alle (terugbetaalde en niet-terugbetaalde) afgeleverde methylfenidaat.

Wat betreft een aanpak op lange termijn pleit CM voor een meer tolerante omgang met 'drukke' kinderen en de ontwikkeling van interdisciplinaire zorgpaden voor jongeren met aandachts-tekort, hyperactiviteit en impulsiviteit in relatie met hun omgeving. Binnen dergelijke zorgpaden kan de zorgstructuur een combinatie zijn van psycho-educatie inclusief individuele en gezinspsychotherapie, begeleiding op mesoniveau naast een eventuele medicamenteuze behandeling wanneer nodig. Op die manier kan het eenzijdig medicaliseren van een als hinderlijk beoordeeld gedrag vermeden worden.

7 Whitely M, Lester L, Phillimore J Robinson S. (2017). Influence of birth month on the probability of Western Australian children being treated for ADHD. https://www.mja.com.au/system/files/issues/206_02/10.5694mja16.00398.pdf,

8 Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, , Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*.184(7): 755–762. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/>

9 Morrow RL, Garland EJ, Wright JM, , Maclure M, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ*.184(7): 755–762. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3328520/>

10 http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/conclusive-proof-adhd-is-overdiagnosed_b_10107214.html ; <http://www.eduratio.be/geboortemaand.html>

11 Verhaeghe P. (2002). Over normaliteit en ander afwijkingen. Acco. Gent.

1. Studenten: bron van steun maar ook stress in de examenperiode

De examenperiode is voor studenten een bijzonder stresserende periode waarin ze alle hulp en steun kunnen gebruiken. In april organiseerde Teleblok via CM en in samenwerking met enkele netwerkpartners een bevraging bij studenten hoger onderwijs over steun in de examentijd. Ruim 700 studenten vulden de online enquête in.

De enquête leert dat de overgrote meerderheid tijdens de examenperiode momenten heeft waarop ze zich slecht voelen. Velen voelen zich geregeld ook eenzaam. Op die momenten kunnen ze alle steun gebruiken. Maar we stellen vast dat ze die steun niet altijd voluit benutten. Zeven op de tien studenten willen hun medestudenten niet belasten met hun problemen. Nochtans geven studenten aan dat ze klaar staan voor anderen om steun te geven.

Verder bevestigt de enquête eerdere onderzoeksbevindingen dat het contact met medestudenten, zowel in het echt als digitaal, een goede bron van steun is. Deze steun kan heel praktisch zijn (antwoorden op vragen bij de leerstof, helpen met notities of elkaar ondervragen), als psychologisch (samen ontspannen, een kort berichtje zenden ... om even uit de concentratie en spanning te komen). Ze zorgt voor een gevoel van gemeenschappelijkheid en een goede babbel bij stress. Dit is eigenlijk niet te verwonderen: ze zitten allen in dezelfde situatie en kunnen dus als geen ander begrip opbrengen voor vragen en stress van anderen.

Maar er zijn ook valkuilen. Zo is er het risico dat studenten hun prestaties gaan meten met anderen. Ook te veel vragen stellen of vragen en antwoorden aan een grotere groep via social media zorgen soms voor bijkomende stress. Studenten kunnen elkaar ook nerveus maken door te stressen over een examen. Op die manier worden medestudenten eerder een bron van stress dan van steun.

Ten slotte lanceerde Teleblok naar aanleiding van de enquête ook een aantal bloktips van studenten voor studenten.

Graag hier meer over weten: www.teleblok.be

2. Wie betaalt de rekening? De sociale kostprijs van legale en niet-legale drugs in België.

In april 2017 publiceerden de Universiteit van Gent en de VUB een studie over de sociale kostprijs van verslavende middelen zoals alcohol, tabak, illegale drugs en psychoactieve geneesmiddelen in België voor het jaar 2012. Bijzonder aan deze studie is dat ze niet enkel gaat over de kostprijs van het gebruik van verslavende middelen voor de gezondheid, maar ook over de kostprijs van criminaliteit en verkeersongevallen in verband met middelengebruik.

In de studie worden 3 types kosten onderscheiden:

- **Directe kosten** door het gebruik van verslavende substanties: het gaat hier over de aangewende middelen om de gevolgen van middelengebruik op te vangen evenals aandoeningen, ongevallen of rechtstreekse effecten ervan (vb. ziekenhuisopname, doktersbezoek, geneesmiddelengebruik) en over misdrijven toe te schrijven aan middelengebruik en de gevolgen ervan (vb. politie-onderzoek, opsluiting).
- **Indirecte kosten**: productiviteitsverlies wegens ziekte, vroegtijdig overlijden (ingevolge ziekte, ongeval of misdaad) of opsluiting.
- **Immateriële kosten**: kosten op het vlak van welzijn die niet in geld worden uitgedrukt en die gedragen worden door de individuen zoals pijn of lijden en verlies van levenskwaliteit. Immateriële kosten worden uitgedrukt in verloren levensjaren in goede gezondheid.

De totale sociale kostprijs van middelengebruik in België blijft voor 2012 4,6 miljard euro te bedragen, dus 419 euro per inwoner of 1,19% van het BBP. Legale drugs vormen een veel hogere kostprijs voor de samenleving want de sociale kostprijs van misbruik van genotsmiddelen wordt voor 45% (2,1 miljard euro) veroorzaakt door alcohol. Ongeveer 32% (1,5 miljard euro) is toe te schrijven aan tabak en 5% (215 miljoen euro) aan psychoactieve geneesmiddelen. Illegale drugs vertegenwoordigen ongeveer 16% (726 miljoen euro) van de economische kostprijs. Behalve deze directe en indirecte kosten leidt misbruik van genotsmiddelen tot een verlies van 515.000 jaar in goede gezondheid. Dat is vooral toe te schrijven aan het gebruik van tabak en alcohol. Deze twee substanties zijn verantwoordelijk voor het verlies van ongeveer 470.000 jaren of 91% van het verloren aantal jaren in goede gezondheid. Op een totaal van 4,6 miljard wegen uiteraard de gezondheidskosten het zwaarst met 3,5 miljard euro rechtstreekse en onrechtstreekse kosten en een verlies van 484.000 levensjaren in goede gezondheid in 2012.

Graag hierover meer weten: http://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR65_Socost_sum_nl.pdf

3. Thuisondersteuning van kwetsbare personen: lokale krachten bundelen

In deze studie van de Koning Boudewijnstichting worden de resultaten voorgesteld van een verkennend onderzoek over de trends om de individuele en collectieve autonomie te versterken van kwetsbare personen die thuis wonen. De resultaten zijn gebaseerd op gesprekken met 30 rechtstreeks betrokkenen bij deze problematiek en op uitwisselingsmomenten die met beroepskrachten, mantelzorgers en ouderen werden georganiseerd. Daarnaast zijn ze ook gebaseerd op de analyse van meer dan 80 projecten op het terrein.

De studie legt de nadruk op het begrip buurt als nieuw ankerpunt om de individuele en collectieve autonomie van kwetsbare ouderen te ondersteunen. De buurt zou immers een brug of aanvulling kunnen vormen voor de drie-eenheid oudere – mantelzorger – beroepskracht. Hierin is sprake van een coherente, buurtgerichte aanpak van wonen, welzijn en zorg. België telt honderden initiatieven die in deze richting gaan en waarbij een grote diversiteit aan actoren betrokken zijn. Een aantal van deze initiatieven is gericht op thuis kunnen blijven wonen (evolutieve woningen, co-housing, innovatieve assistentiewoningen, enz.) of op woningaanpassing. Anderen willen warme buurten maken waar bewoners aandacht hebben voor elkaar. Deze initiatieven zijn toegespitst op sociale cohesie, versterking van netwerken, empowerment, wederzijdse hulp, een handje helpen en/of laagdrempelige dienstverlening via lokale functies op het vlak van informatie, melding en coördinatie. Treffend is dat een aantal initiatieven niet van een hulpverlenings- en zorgcontext vertrekken maar eerder van een participatieve benadering: samen tuinieren, bewegen, iets nieuws leren (bijvoorbeeld hoe een tablet of smartphone gebruiken of de sociale media gebruiken) of eenvoudigweg samen een aangename activiteit doen in de buurt.

Bovendien werden in deze studie een aantal modellen en afspraken voor samenwerking onderzocht om zorg en welzijn beter te organiseren op lokaal niveau. De terreinactoren pleiten zeker voor een overgang van een versnipperd, afzonderlijk aanbod naar horizontalere organisatievormen binnen een buurt of wijk. Eén grote vraag blijft echter, wie moet instaan voor de centrale coördinatie om warme buurten waar men aandacht heeft voor elkaar te creëren en te ondersteunen. De gemeente, het OCMW, de ziekenfondsen, de dienstverlenende organisaties in de sector van de gezins- of thuishulp, nieuwe actoren, ... ? Dit vraagt zeker ondersteuning vanuit verschillende niveaus.

Graag hierover meer weten: <https://www.kbs-frb.be/nl/Activities/Publications/2017/20170305pp>

4. Gezondheid, de belangrijkste determinant voor het individueel welzijn van de Belgen

Op een schaal van 0 tot 10 geeft de Belg zijn welzijn een score van iets meer dan 7,5. Dit blijkt uit een studie die het Federaal Planbureau in juni 2017 publiceerde. Niet alle Belgen zijn echter gelijk in dit verband. Personen die permanent arbeidsongeschikt of werkloos zijn, geen diploma hebben, een laag inkomen hebben of alleen wonen zijn minder tevreden met hun leven dan het gemiddelde.

Uit de analyse blijkt dat gezondheid, zowel mentaal als fysiek, de belangrijkste determinant inzake welzijn bij Belgen is. Iemand met een zeer slechte gezondheid verliest gemiddeld 1,6 punten inzake welzijn ten opzichte van wie gezond is.

Inkomen heeft als determinant voor welzijn slechts een beperkte impact. Een verdubbeling van het inkomen verhoogt de welzijnsscore met 0,3 punten. Omgekeerd doet onvoldoende inkomen voor een standaard levenswijze in België de welzijnsscore met bijna 0,7 punten dalen.

Ook werk hebben telt voor het welzijn van de Belgen. In vergelijking met voltijds loontrekkenden verliezen personen die permanent arbeidsongeschikt of werkloos zijn, respectievelijk ongeveer 0,5 en 0,2 punten inzake welzijn. Ook geen diploma hebben doet het welzijn van de Belgen dalen met 0,3 punten.

Uiteindelijk wordt het welzijn van de Belgen ook aanzienlijk beïnvloed door naasten. Niet alleen leven, een luisterend oor hebben en iemand hebben bij wie men voor hulp terecht kan, verhogen het welzijn met 0,2 en 0,3 punten.

Graag hierover meer weten: <http://www.plan.be/press/communique-1677-nl-welzijn+van+de+belgen+niet+alleen+inkomen+is+belangrijk>

Inhoudstafel

Editoriaal 2

Europa 3

Wat doet de Europese Unie voor onze gezondheidszorg

De internationale samenwerking van CM 15

Verdediging van het recht op zorg en gezondheid voor iedereen, van internationaal naar lokaal ... en omgekeerd

De Belgische staat 26

De Duitstalige Gemeenschap: onbekend maar niet onbemind!

Gezondheidszorgbeleid 33

Het Globaal Medisch Dossier

Geestelijke gezondheid 37

Ouderschap: van vreugde ... tot uitputting ...

Gezondheidszorgconsumptie 41

De jongsten van de klas hebben een grotere kans op een diagnose van ADHD

CM-Info: In het kort 46

CM-Informatie

verschijnt vier maal per jaar (maart, juni, september, december) in het Nederlands en in het Frans en is gratis te consulteren op: <http://www.cm.be/> CM-Informatie.

U kan zich daar tevens inschrijven op een mail-alert zodat u wordt verwittigd bij het verschijnen van een nieuw nummer.

Colofon

Verantwoordelijke uitgever	Luc Van Gorp, Motmanstraat 29, 3530 Houthalen
Hoofdredactie	Michiel Callens
Eindredactie	Rebekka Verniest en Mieke Hofman
Layout	grafische vormgeving LCM
Druk	Favorit
Retouradres	LCM-R&D Mieke Hofman, Haachtsesteenweg 579, PB 40, 1031 Brussel