

west • vlaanderen werkt



Klare Kijk
door Onderzoek
en Advies



DE MEDISCHE SECTOR

De medische sector in West-Vlaanderen

Trends en toekomstverwachtingen

Bedrijf in de kijker: Zeepreventorium De Haan



Provincie
West-Vlaanderen
Door mensen gedreven



Ondernemen. Het zit in ons.



Onze groenten primeuren

600 ton verse gezonde groenten en fruit, dat is de dagelijkse aanvoer op de REO Veiling van Roeselare, een grote coöperatieve veiling. Hier worden meer dan 60 verschillende groenten en fruit, geteeld door 3.200 leden-tuinders, geveild. Deze kwaliteitsproducten vinden onder optimale omstandigheden hun weg naar de consument. Kwaliteit en voedselveiligheid staan hierbij steeds voorop.

www.reo.be

Reo | Oostnieuwkerksesteenweg 101 | B-8800 Roeselare

Tel. 051 23 12 11 | Fax 051 23 12 89 | info@reo.be



west · vlaanderen werkt

1.2010 - n° 230 - 52^{ste} jaargang

DE MEDISCHE SECTOR

Ten geleide:
Economische scan van de medische sector

3



Klare Kijk
door Onderzoek
en Advies

De medische sector in west-vlaanderen
Jens Vannieuwenhuysse, WES

5



West-vlaamse ziekenhuizen klaar voor export? | 4
Tanja Termote, WES

Schaalvergroting als basis voor specialisatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg | 23
Lien Vanden Broucke, WES

Specialisatie genereert steeds betere medische zorgen | 27
dr. Marie Van Looveren, WES

IN DE KIJKER • Het Zeepreventorium | 30

CONJUNCTUURNOTA | 34

REGIOSCAN: Tewerkstelling in de medische sector | 36
Lieselot Denorme, WES

SPECTRUM | 40

BIJ WES IN DE BIB | 43

WES-NIEUWS | 44

FISCALE FOCUS | 46

COLOFON | 48

PUBLICATIES WES | 48

West-Vlaanderen Werkt is een uitgave van WES vzw
met de steun van:

Provincie
West-Vlaanderen
Door mensen gedreven



west · vlaanderen werkt

2.2010

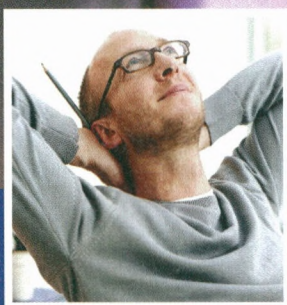
Volgend nummer verschijnt op **24 juni 2010**

EVENEMENTENSECTOR

Partners West-Vlaanderen Werkt 2010:



Meer en beter ondernemen



www.syntrawest.be



Ondernemen is als zeilen.

U bepaalt de juiste koers en zet alle zeilen bij om snel vooruit te gaan. U vertrouwt op navigatie-instrumenten en u rekt op de ervaring en inzet van uw hele team.

Maar het water is soms onstuimig en de wind kan draaien. En dan moet u uw beste stuurmanschap laten zien.

Uit welke hoek de wind ook komt, u staat er als ondernemer nooit alleen voor. U kunt rekenen op Syntra West als uw partner in grote uitdagingen. Ons engagement is: u, uw medewerkers en heel uw organisatie optimaal laten functioneren. Via opleiding, opleidingsplanning, begeleiding en subsidieadvies.

Professionele oplossingen op korte termijn en een dynamische visie op de toekomst. Geef uw bedrijf de wind in de zeilen samen met Syntra West.

Meer en beter ondernemen met Syntra West:

- Opleiding
- Opleidingsplanning en competentie management
- Begeleiding
- Subsidieadvies

Voor meer inlichtingen in verband met onze dienstverlening aan bedrijven kunt u terecht op 050 70 28 07 of via e-mail: info@syntrawest.be

[hijs de zeilen]

Economische scan van de medische sector

De zorgverstrekkende diensten staan steeds meer in de belangstelling. De vergrijzing, langere levensverwachtingen en een tekort aan geschoold personeel zijn enkele aspecten die hierbij geregeld aan bod komen. Met dit themanummer willen we een deel van de zorgsector, namelijk de medische sector, vanuit een andere invalshoek bekijken. Wat betekent deze deelsector in sociaaleconomische termen en wat is de impact van specifieke trends zoals specialisatie, fusies en medisch toerisme in onze regio? En verschilt onze provincie hierin fundamenteel van de rest van Vlaanderen?

Via concrete West-Vlaamse getuigenissen peilen we onder andere naar de concrete beweegredenen voor de diverse fusies van ziekenhuizen. Kunnen diverse specialisaties en technologische uitrustingen in een grotere entiteit kostenefficiënter worden samengebracht? En wat met onderlinge concurrentie en het bestaan van landsgrenzen? Houden ze beperkingen in of creëren ze eerder nieuwe opportuniteiten?

Wanneer we spreken over specialisaties ontstaat de vraag waarin West-Vlaanderen zich op medisch vlak profileert. Wat zijn de voordelen van dergelijke specialisaties voor de betrokken ziekenhuizen en hoe kunnen de West-Vlaamse ziekenhuizen de internationale vergelijking doorstaan? Wat vaststaat, is dat het Zeepreventorium in De Haan hier een unieke positie inneemt en daarom als 'bedrijf in de kijker' extra aandacht krijgt in dit nummer.

Specialisaties vragen ook enorme investeringen in technologie en personeelsomkadering. Hier dringt het financieringsvraagstuk zich op. Bieden de vernoemde fusies en samenwerkingsovereenkomsten tussen ziekenhuizen voldoende financieel soelaas? Of geeft het medisch toerisme hiervoor de nodige financiële zuurstof? Maar welke lading dekt de vlag van het medisch toerisme of het exporteren van gezondheidszorg? Bestaat dit in West-Vlaanderen, hoe verlopen deze stromen en kunnen we dit kwantificeren? Zeker is dat we dit gebeuren in een West-Vlaamse context niet mogen associëren met het luxueuze medisch toerisme op één of andere tropische bestemming maar dat het een gevolg is van langere wachtlijsten in onze buurlanden en van de doorgedreven en internationaal (h)erkende specialisaties aanwezig in onze ziekenhuizen.

Veel vragen en voer voor discussies dus. Eigenlijk te veel om in één themanummer te verwerken. De diverse auteurs zijn er evenwel in geslaagd om deze soms complexe materies op een bondige maar klare manier naar voren te brengen. Wenst u meer te lezen over dit thema, dan kunnen wij u ook de sociaaleconomische bibliotheek van WES aanbevelen die online raadpleegbaar is via www.regionale-economie.be.

Hans Desmyttere
Adjunct-directeur, WES

Klikt het tussen ons?

- (1) Bezoek de **VVSG Trefdag** op 6 mei.
- (2) Ga naar stand 506.
- (3) Spreek een WES-ser aan en ontdek meteen of het klikt.
- (4) Kijk in uw trefdagzak.
- (5) Haal uw WES-puzzelstuk boven.
- (6) Vul uw gegevens in op de achterzijde.
- (7) Ontdek of uw stuk ontbreekt op **stand 506**.
- (8) Indien ja... dan krijgt u een **cadeau** van WES!



WES geeft u een **klare kijk door onderzoek en advies** bij al uw projecten rond **regionale en lokale economie, centrumbeheer, detailhandel, plaatsmarketing en toerisme**.

U en WES... dat klikt!



Klare Kijk
door Onderzoek
en Advies

Neem contact met:

Rik De Keyser T +32 50 36 71 02
Bestuurder-directeur rik.dekeyser@wes.be

Hans Desmyttere T +32 50 36 71 23
Adjunct-directeur hans.desmyttere@wes.be

Pascal Steeland T +32 50 36 71 47
Senior consultant retail pascal.steeland@wes.be

Baron Ruzettelaan 33 · BE-8310 Assebroek-Brugge · info@wes.be · www.wes.be



De medische sector in West-Vlaanderen

Jens Vannieuwenhuysse • sociaaleconomisch beleid, WES

Door zijn grote diversiteit aan diensten en beroepen heeft de medische sector een belangrijke economische betekenis binnen Vlaanderen. De sector omvat een hele waaier aan activiteiten, gaande van het vervaardigen van medicijnen of medische apparatuur over kinesithérapie tot zelfs ziekenvervoer. Maar welke rol speelt de sector in West-Vlaanderen?

Afbakening van de sector

Om meer duidelijkheid te scheppen over wat we in dit artikel met de medische sector bedoelen, vindt u in **tabel 1** een afbakening van de sector gebaseerd op de NACE-indeling. Per subsector geven we ook een overzicht van het aantal vestigingen, het aantal werknemers en het aantal zelfstandigen en helpers.

De gegevens zijn afkomstig van de RSZ. Op 31 december 2007 stelde de West-Vlaamse medische sector 25.706 personen tewerk, verdeeld over 1.328 vestigingen. Omdat we geen tewerkstellingsgegevens van individuele vestigingen kunnen verspreiden, voegen we in tabel 1 de tewerkstelling van verschillende subsectoren samen.

Uit het RSVZ-bestand blijkt dat er op 31 december 2007 ook 5.758 zelfstandigen en helpers actief waren in de medische sec-

tor. Bij de helpers worden ook de meewerkende echtgenoten gerekend. Samengevat bedraagt het aandeel van de tewerkstelling in de medische sector in de totale tewerkstelling binnen de provincie West-Vlaanderen 6,2%.

West-Vlaanderen telt vier bedrijven die gespecialiseerd zijn in het vervaardigen van farmaceutische producten en chemische en botanische producten voor medicinaal gebruik. Samen stellen ze 74 personen tewerk. De 42 West-Vlaamse bedrijven actief in de vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen zijn dan weer goed voor een tewerkstelling van 249 werknemers. De sector 'detailhandel in farmaceutische, medische artikelen en orthopedische artikelen' telt 1.138 werknemers. De meerderheid van die werknemers werkt in een apotheek. De gezondheidszorg, tot slot, is

de belangrijkste werkverschaffer binnen de West-Vlaamse medische sector. 828 vestigingen zorgen voor een tewerkstelling van 24.200 personen. Daarenboven telt de gezondheidszorg ook nog eens een kleine 4.800 zelfstandigen, wat de totale tewerkstelling op net geen 29.000 brengt. **Figuur 1** visualiseert de verdeling van de tewerkstelling over de subsectoren.

De belangrijkste werkverschaffer binnen de gezondheidszorg alsook binnen de medische sector in het algemeen, is de subsector 'ziekenhuizen en ziekenvervoer' (zie **figuur 2**). De 51 ziekenhuiscampussen die West-Vlaanderen in 2007 telde, boden in totaal werk aan 20.314 werknemers. Wat het aantal vestigingen betreft, is de subsector 'medische praktijken' de grootste subsector met op het moment van de telling 453 vestigingen. Samen stelden ze 1.490 loontrekkenden tewerk.

Tabel 1
Aantal vestigingen en totale tewerkstelling in West-Vlaanderen in de medische sector, naar subsector, 2007

		Loontrekkenden		Zelfstandigen ^(a)	Totale tewerkstelling
NACE-code		Aantal vestigingen	Bezoldigde tewerkstelling	Zelfstandigen en helpers	
24.410	Vervaardiging van farmaceutische grondstoffen	1	74		
24.421	Vervaardiging van geneesmiddelen	3			
24.422	Vervaardiging van overige farmaceutische preparaten	0	0		
24.4	Vervaardiging van farmaceutische producten en van chemische en botanische producten voor medicinaal gebruik	4	74	0	74
33.101	Vervaardiging van elektrische apparaten voor de geneeskunde, de tandheelkunde en de veeartsenijkunde	1	249		
33.102	Vervaardiging van niet-elektrische apparaten en instrumenten voor de geneeskunde, de tandheelkunde en de veeartsenijkunde	0			
33.103	Vervaardiging van orthopedische artikelen en prothesen	41			
33.1	Vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen	42	249	240	489
52.310	Apothekers	429	1.028		
52.320	Detailhandel in medische en orthopedische artikelen	25	155		
52.3 (excl. 52.330)	Detailhandel in farmaceutische en medische artikelen	454	1.183	726	1.909
85.110	Ziekenhuizen	51	20.314		
85.120	Medische praktijken	453	1.490		
85.130	Tandartspraktijken	148	208		
85.141	Medische laboratoria	12	223		
85.142	Ziekenvervoer	14	116		
85.143	Paramedische activiteiten, exclusief kinesitherapeuten	122	1.711		
85.144	Kinesitherapeuten (fysiotherapeuten)	24	26		
85.145	Bloedbanken, organenbanken en dergelijke	1	112		
85.146	Overige activiteiten i.v.m. gezondheidszorg, n.e.g.	3			
85.1	Gezondheidszorg	828	24.200	4.792	28.992
	Medische sector	1.328	25.706	5.758	31.464

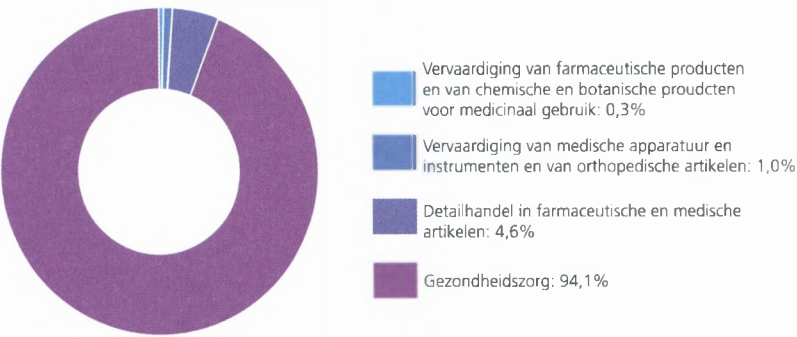
^(a) aantal zelfstandigen, exclusief zelfstandigen in bijberoep, bij de helpers worden vanaf 2003 ook de meewerkende echtgenoten meegeteld. De gegevens zijn enkel beschikbaar tot op 3-digitniveau waardoor de subsector 52,3 ook de nace-code 52.330 (detailhandel in cosmetica en toiletartikelen) bevat.
BRON: RSZ, RSVZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Tabel 2
Evolutie van de bezoldigde tewerkstelling in de medische sector in de West-Vlaamse arrondissementen, West-Vlaanderen, het Vlaamse Gewest en het Rijk, naar subsector, 1998-2007

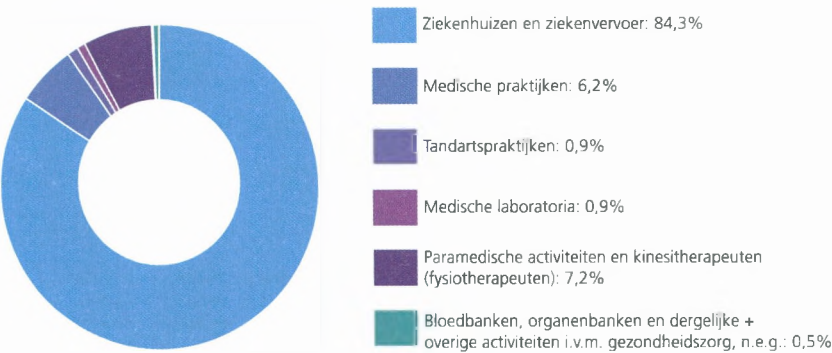
Arrondissement	1998					2007					Evolutie in %
	Vervaardiging van farmaceutische producten en van chemische en botanische producten voor medice-naal gebruik	Vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen	Detailhandel in farmaceutische en medische artikelen	Gezondheidszorg	Medische sector	Vervaardiging van farmaceutische producten en van chemische en botanische producten voor medice-naal gebruik	Vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen	Detailhandel in farmaceutische en medische artikelen	Gezondheidszorg	Medische sector	
Brugge	1	61	267	6.999	7.328	14	108	301	8.511	8.934	21,9
Diksmuide	0	1	41	238	280	0	1	38	304	343	22,5
Ieper	2	1	72	1.632	1.707	4	3	109	1.596	1.712	0,3
Kortrijk	54	30	217	4.057	4.358	53	61	284	5.087	5.485	25,9
Oostende	0	27	171	2.243	2.441	0	46	163	2.747	2.956	21,1
Roeselare	0	14	115	2.706	2.835	3	29	166	3.845	4.043	42,6
Tielt	0	2	52	792	846	0	1	67	1.099	1.167	37,9
Veurne	22	0	57	820	899	0	0	55	1.011	1.066	18,6
West-Vlaanderen	79	136	992	19.487	20.694	74	249	1.183	24.200	25.706	24,2
Vlaamse Gewest	6.842	1.838	4.861	94.159	107.700	9.692	2.193	6.085	115.835	133.805	24,2
Rijk	15.067	3.123	11.140	172.608	201.938	23.043	3.638	13.635	211.354	251.670	24,6

BRON: RSZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Figuur 1
Verdeling van de loontrekkende tewerkstelling in de medische sector in West-Vlaanderen



Figuur 2
Verdeling van de loontrekkende tewerkstelling in de gezondheidszorg in West-Vlaanderen



Bron: RSZ, Verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES

Evolutie van de tewerkstelling

Wat de bezoldigde tewerkstelling in de West-Vlaamse medische sector betreft, zien we een stijging in vergelijking met 10 jaar geleden (zie tabel 2). Tussen 1998 en 2007 werden in totaal 5.012 extra arbeidsplaatsen ingevuld, wat overeenkomt met een toename van 24,2%. Net zoals in West-Vlaanderen vertoonde de werkgelegenheid in de medische sector in het Vlaamse Gewest en het Rijk een gelijkaardige opwaartse beweging (zie figuur 3). In het Vlaamse Gewest steeg de tewerkstelling in de medische sector met 24,2%, in het Rijk met 24,6%.

Verder toont tabel 2 aan dat de grootste tewerkstelling in de medische sector zich op de as Kortrijk-Roeselare-Brugge bevindt. Het arrondissement Brugge spant de kroon met net geen 9.000 werknemers. Het arrondissement Kortrijk stelde in totaal 5.485 personen tewerk, het arrondissement Roeselare 4.043. Dit laatste arrondissement kende tevens de grootste procentuele stijging van het aantal werknemers (+42,6%). Voor een overzicht van de tewerkstelling per gemeente verwijzen we naar de regioscan.

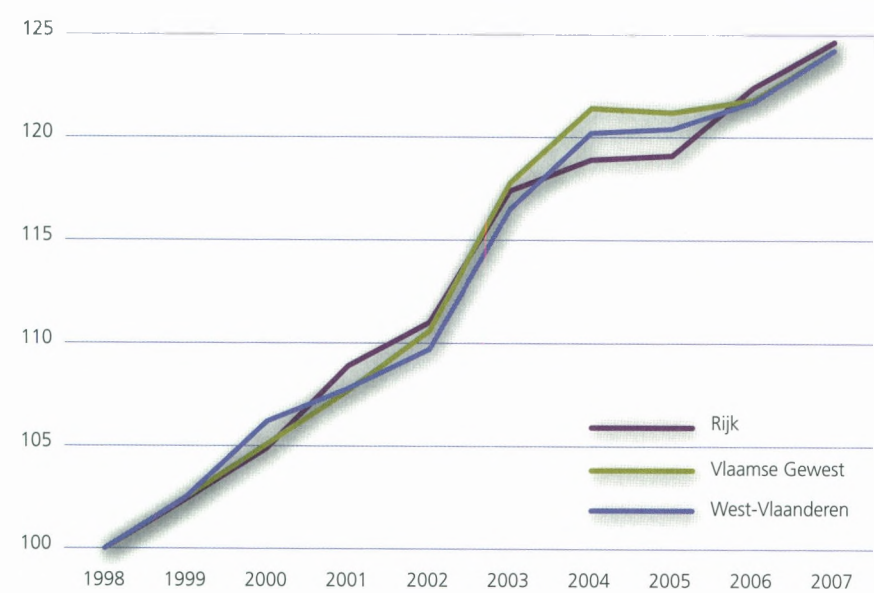
In tegenstelling tot het Vlaamse Gewest en het Rijk kende de provincie West-Vlaanderen tussen 1998 en 2007 een daling van

het aantal vestigingen in de medische sector (tabel 3). In relatie met de stijging van de bezoldigde tewerkstelling betekent dit dat de medische instellingen gemiddeld gezien iets groter geworden zijn. Wan-

neer we inzoomen op het niveau van de arrondissementen zien we dat het aantal vestigingen toch in vier van de acht arrondissementen is toegenomen. Het arrondissement Brugge kreeg er in de periode

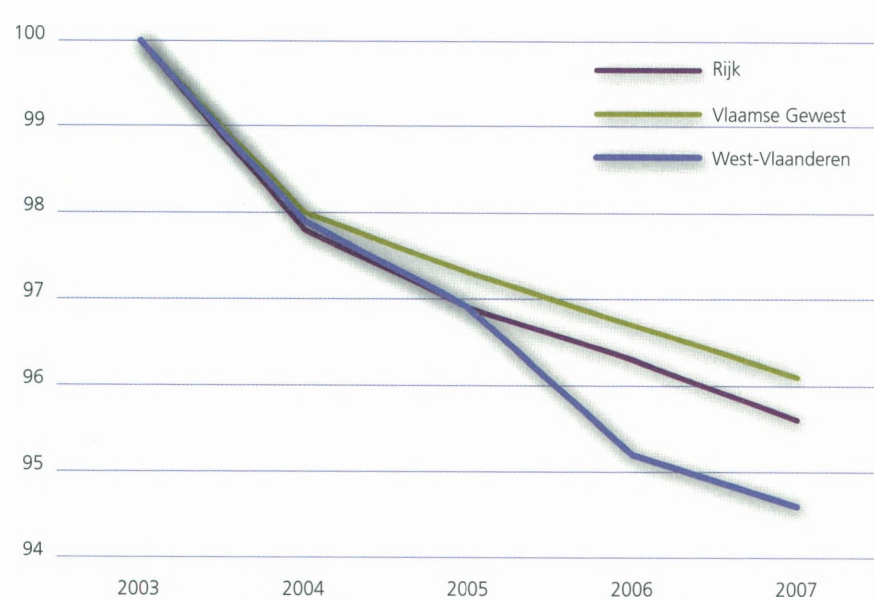
1998-2007 negen vestigingen bij, het arrondissement Roeselare acht, het arrondissement Veurne vier en het arrondissement Tielt één.

Figuur 3
Evolutie van de bezoldigde tewerkstelling in de medische sector, 1998-2007, index 1998=100



Bron: RSZ, Verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES
* Voor het jaar 2004 beschikken we enkel over gegevens op 3-digitniveau, waardoor de subsector 52.3 in 2004 ook de code 52.330 bevat. In alle andere jaren bevat de subsector 52.3 enkel de codes 52.310 en 52.320 maar niet 52.330

Figuur 4
Evolutie van de zelfstandige tewerkstelling in de medische sector, 1998-2007, index 2003=100



Bron: RSVZ, Verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES

De evolutie van het aantal zelfstandigen en helpers in de medische sector is op basis van de NACE-codes pas beschikbaar vanaf het jaar 2000. Het aantal zelfstandigen daalde tussen 2003 en 2007 zowel in de provincie West-Vlaanderen, het Vlaamse Gewest als in België (zie tabel 4 en figuur 4). De provincie West-Vlaanderen telde in 2007 331 zelfstandigen en helpers minder dan in 2003, wat overeenkomt met een daling van 5,4%. In het Vlaamse Gewest en het Rijk is de achteruitgang kleiner, namelijk 3,9% en 4,4%. Wanneer we kijken naar de West-Vlaamse arrondissementen, dan zien we dat de meeste zelfstandigen in de medische sector actief zijn in de arrondissementen Brugge en Kortrijk. In het arrondissement Roeselare kende de zelfstandige tewerkstelling de sterkste neerwaartse trend (-12,2%).

Ziekenhuissector

Zoals reeds vermeld, is de concentratie van het tewerkstellingsaanbod in de medische sector in de arrondissementen Kortrijk, Roeselare en Brugge opmerkelijk. Deze sterke ontwikkeling wordt in belangrijke mate verklaard door de aanwezigheid van een groot aantal ziekenhuizen in deze West-Vlaamse deelgebieden.

In 2007 boden de 51 West-Vlaamse ziekenhuiscampussen werk aan in totaal 20.314 werknemers (zie tabel 5). Dit komt neer

Tabel 3
Evolutie van het aantal vestigingen in de medische sector, 1998-2007

Aantal vestigingen			
Arrondissement	1998	2007	Evolutie in %
Brugge	357	366	2,5
Diksmuide	58	52	-10,3
Ieper	153	133	-13,1
Kortrijk	309	291	-5,8
Oostende	163	150	-8,0
Roeselare	188	196	4,3
Tielt	66	67	1,5
Veurne	69	73	5,8
West-Vlaanderen	1.363	1.328	-2,6
Vlaamse Gewest	6.395	6.600	3,2
Rijk	11.312	11.887	5,1

Bron: RSZ, RSVZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Tabel 4
Evolutie van de zelfstandige tewerkstelling in de medische sector in de West-Vlaamse arrondissementen, West-Vlaanderen, het Vlaamse Gewest en het Rijk, naar subsector, 2003- 2007

Arrondissement	2003					2007					Evolutie in %
	Vervaardiging van farmaceutische producten en van chemische en botanische producten voor medicinaal gebruik	Vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen	Detailhandel in farmaceutische en medische artikelen en in cosmetica en toiletartikelen	Gezondheidszorg	Medische sector	Vervaardiging van farmaceutische producten en van chemische en botanische producten voor medicinaal gebruik	Vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen	Detailhandel in farmaceutische en medische artikelen en in cosmetica en toiletartikelen	Gezondheidszorg	Medische sector	
Brugge	1	39	217	1.486	1.743	0	50	209	1.442	1.701	-2,4
Diksmuide	0	6	31	158	195	0	11	24	151	186	-4,6
Ieper	0	8	60	447	515	0	24	59	390	473	-8,2
Kortrijk	2	53	192	1.179	1.426	0	58	169	1.111	1.338	-6,2
Oostende	1	19	94	597	711	0	28	84	538	650	-8,6
Roeselare	0	20	76	634	730	0	24	59	558	641	-12,2
Tielt	0	12	56	321	389	0	26	54	309	389	0,0
Veurne	0	14	71	295	380	0	19	68	293	380	0,0
West-Vlaanderen	4	171	797	5.117	6.089	0	240	726	4.792	5.758	-5,4
Vlaamse Gewest	31	821	3.952	25.534	30.338	19	899	3.754	24.486	29.158	-3,9
Rijk	74	1.279	6.708	48.060	56.121	53	1.317	6.397	45.893	53.660	-4,4

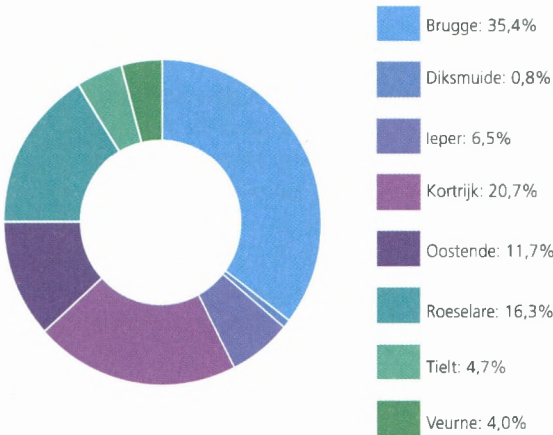
BRON: RSVZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Tabel 5
Evolutie van het aantal vestigingen en de bezoldigde tewerkstelling in de medische sector, 2003 en 2007

Arrondissement	2003		2007		Evolutie in %	
	Vestigingen	Tewerkstelling	Vestigingen	Tewerkstelling	Vestigingen	Tewerkstelling
Brugge	23	6.806	14	7.194	-39,1	5,7
Diksmuide	2	148	1	158	-50,0	6,8
Ieper	7	1.352	4	1.313	-42,9	-2,9
Kortrijk	16	3.559	12	4.195	-25,0	17,9
Oostende	8	2.198	6	2.375	-25,0	8,1
Roeselare	8	3.292	10	3.318	25,0	0,8
Tielt	6	864	2	946	-66,7	9,5
Veurne	4	779	2	815	-50,0	4,6
West-Vlaanderen	74	18.998	51	20.314	-31,1	6,9
Vlaamse Gewest	346	91.078	251	95.233	-27,5	4,6
Rijk	631	168.183	450	176.874	-28,7	5,2

BRON: RSZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Figuur 5
Verdeling van de loontrekkende tewerkstelling in de ziekenhuizen over de West-Vlaamse arrondissementen



Bron: RSZ, Verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES

op een gemiddelde van 398 werknemers per ziekenhuis. Hierbij moeten we opmerken dat de tewerkstelling in een ziekenhuis niet alleen berekend wordt op basis van het aantal verpleegkundigen en artsen-specialisten, maar dat ook IT-specialisten, administratief personeel, keukenpersoneel, enz. meegeteld worden. In het arrondissement Brugge staan 14 ziekenhuizen¹ in voor een bezoldigde tewerkstelling van 7.194 personen (zie figuur 5). In het arrondissement Kortrijk zijn er 12 ziekenhuizen die samen 4.195 werknemers tewerkstellen en het arrondissement Roeselare telt 10 ziekenhuizen met in totaal 3.318 werknemers. In de arrondissementen Oostende en Ieper vindt men respectievelijk zes en vier ziekenhuizen terug die samen 2.375 en 1.313 personen tewerkstellen.

Verder blijkt uit tabel 5 dat er zich tussen 2003 en 2007 in bijna alle arrondissementen een daling voordeed van het aantal vestigingen. Enige uitzondering is het arrondissement Roeselare. Dit arrondissement telde in 2007 twee ziekenhuizen meer dan in 2003. Wanneer we West-Vlaanderen vergelijken met het Vlaamse Gewest en het Rijk zien we dat onze provincie tussen 2003 en 2007 de grootste procentuele daling van het aantal ziekenhuizen (-31,3%) optekende. Onder stimulans van de overheid is in Vlaanderen al enkele jaren een grote fusiebeweging aan de gang. We verwijzen naar het artikel

‘Schaalvergroting als basis voor specialisatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg’ iets verderop in dit nummer voor een meer diepgaande analyse van deze trend.

In alle West-Vlaamse arrondissementen, met uitzondering van het arrondissement Ieper, neemt de bezoldigde tewerkstelling in de ziekenhuizen toe. Het meest positief is de evolutie in het arrondissement Kortrijk (17,9%). In de provincie West-Vlaanderen in het algemeen is de toename van het aantal werknemers gelijk aan 6,9%, wat hoger is dan in het Vlaamse Gewest (4,6%) en het Rijk (5,2%). In relatie met de stijging in de bezoldigde tewerkstelling betekent dit dat de ziekenhuizen gemiddeld gezien groter geworden zijn in vergelijking met vijf jaar geleden.

Specialisatiegraad

Aan de hand van de specialisatiegraad bekijken we eerst en vooral in welke mate de arrondissementen van West-Vlaanderen en de provincie West-Vlaanderen gespecialiseerd zijn in de **medische sector** in vergelijking met een ruimer referentiegebied, namelijk Vlaanderen. Een score hoger dan één wijst op een grotere specialisatie dan in Vlaanderen.

De **specialisatiegraad** voor de medische sector in West-Vlaanderen wordt berekend via volgende formule:

aandeel (inzake bezoldigde tewerkstelling) van de West-Vlaamse medische sector in de totale West-Vlaamse sectoren

aandeel (inzake bezoldigde tewerkstelling) van de Vlaamse medische sector in de totale Vlaamse sectoren.

Tabel 6 toont aan dat de arrondissementen Brugge, Oostende en Roeselare een hogere specialisatie in de medische sector kennen dan Vlaanderen. De specialisatiegraad in deze drie West-Vlaamse arrondissementen ligt hoger dan 1. In vergelijking met 2003 kennen enkel de arrondissementen Ieper en Roeselare een daling van hun specialisatiegraad. De specialisatiegraad in

Tabel 6
Specialisatiegraad van de medische sector ten opzichte van de totale sector, per West-Vlaams arrondissement en West-Vlaanderen als geheel, referentieregio: Vlaanderen, 2003 en 2007

Arrondissement	Specialisatiegraad 2003	Specialisatiegraad 2007
Brugge	1,4	1,4
Diksmuide	0,5	0,5
Ieper	0,9	0,8
Kortrijk	0,7	0,8
Oostende	1,2	1,2
Roeselare	1,2	1,1
Tielt	0,6	0,6
Veurne	0,9	1,0
West-Vlaanderen	1,0	1,0

BRON: RSZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Tabel 7
Specialisatiegraad van de ziekenhuissector ten opzichte van de quartaire sector, per West-Vlaams arrondissement en West-Vlaanderen als geheel, referentieregio: Vlaanderen, 2003 en 2007

Arrondissement	Specialisatiegraad 2003	Specialisatiegraad 2007
Brugge	1,2	1,2
Diksmuide	0,3	0,3
Ieper	0,9	0,9
Kortrijk	0,8	0,9
Oostende	1,1	1,2
Roeselare	1,5	1,5
Tielt	1,1	1,2
Veurne	0,8	0,8
West-Vlaanderen	1,1	1,1

BRON: RSZ, verwerking dienst Economie, provincie West-Vlaanderen en WES.

Tabel 8
Evolutie van de omzet en de toegevoegde waarde in de medische sector in West-Vlaanderen, 2001-2005

Jaar	Raming omzet in de medische sector	Raming toegevoegde waarde in de medische sector
2001	7.566.369	1.875.010
2003	8.706.854	2.166.405
2005	7.774.878	2.342.965

BRON: Belfirst, verwerking WES.

de provincie West-Vlaanderen is de voorbije vijf jaren gelijk gebleven aan 1.

Wanneer we inzoomen op de specialisatiegraad van de **ziekenhuissector** zien we dat vier West-Vlaamse arrondissementen een specialisatiegraad hebben die hoger ligt dan 1 (zie **tabel 7**). Het betreft de arrondissementen Brugge, Oostende, Roeselare en Tielt. Ook de provincie West-Vlaanderen als geheel heeft een hogere specialisatie in de ziekenhuissector dan Vlaanderen.

Omzet en toegevoegde waarde

Het belang van een sector kan ook berekend worden in termen van omzet en toegevoegde waarde.

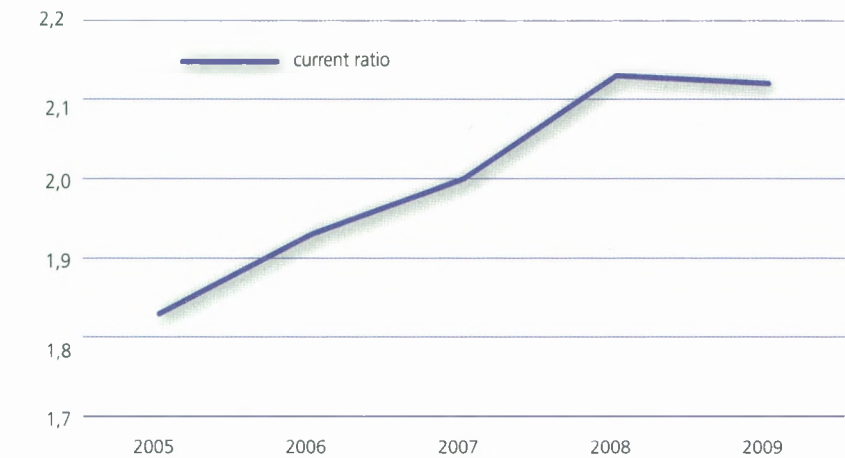
Om deze twee indicatoren voor de West-Vlaamse medische sector in te schatten,

maken we gebruik van de gegevens van Belfirst. Bedrijven met zetel buiten West-Vlaanderen maar met vestigingen binnen West-Vlaanderen konden niet in deze analyse worden opgenomen.

Voor de groep van bedrijven waarvan we zowel de omzet als de tewerkstelling kennen, berekenden we de gemiddelde omzet per tewerkgestelde. Eenzelfde methodologie werd toegepast voor de berekening van de toegevoegde waarde per tewerkgestelde. Door deze cijfers te extrapoleren, bekomen we een raming van de omzet en de toegevoegde waarde in de totale medische sector in de provincie West-Vlaanderen.

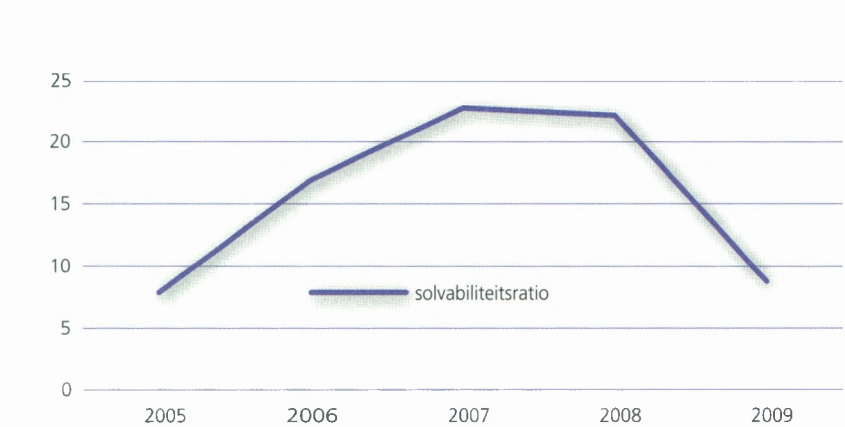
Aan de hand van bovenstaande methodologie ramen we de omzet in de medische sector in 2005 op bijna 7,5 miljoen euro

Figuur 6
Evolutie van de current ratio in de medische sector in West-Vlaanderen, 2005-2009 (in %)



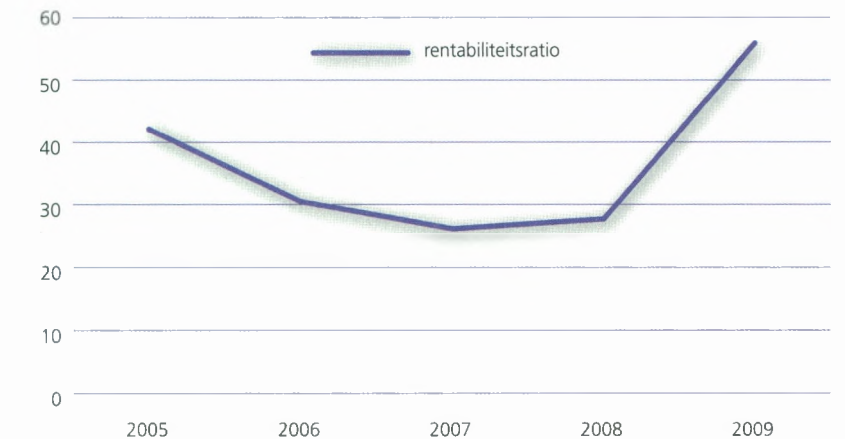
Bron: Belfirst, verwerking WES

Figuur 7
Evolutie van de solvabiliteitsratio in de medische sector in West-Vlaanderen, 2005-2009 (in %)



Bron: Belfirst, verwerking WES

Figuur 8
Evolutie van de rentabiliteitsratio in de medische sector in West-Vlaanderen, 2005-2009 (in %)



Bron: Belfirst, verwerking WES

(zie **tabel 8**). Na een stijging te hebben gekend tussen 2001 en 2003 (+15,1%), daalde de omzet tussen 2003 en 2005 (-10,7%). De toegevoegde waarde in de West-Vlaamse medische sector bedroeg in 2005 bijna 2,5 miljoen euro. Ten opzichte van 2001 steeg ze met 25%.

Financiële analyse

In deze paragraaf geven we een korte bespreking van de evolutie van de belangrijkste financiële ratio's over de periode 2005-2009 voor de West-Vlaamse medische sector. Deze financiële analyse heeft betrekking op de ondernemingen uit de medische sector met zetel in West-Vlaanderen die in de betrokken periode een jaarrekening neerlegden. Bedrijven met zetel buiten de provincie West-Vlaanderen maar met vestigingen in West-Vlaanderen kunnen niet in deze analyse worden opgenomen. Tot slot gaat het enkel over bedrijven die een activiteit uit de medische sector als hoofd- en niet als nevenactiviteit hebben.

De volgende financiële ratio's worden hier beknopt besproken:

- **liquiditeitsratio of current ratio** (verhouding vlottende activa en vreemd vermogen op korte termijn) als indicator van de mate waarin het bedrijf in staat is haar betalingsverplichtingen op korte termijn na te leven;
- **solvabiliteitsratio of financiële onafhankelijkheidsgraad** (eigen vermogen op totaal vermogen) als indicator van de mate waarin het bedrijf in staat is om haar financiële verplichtingen in verband met interestbetaling en schuldaflossing op meer dan één jaar na te komen;
- **rentabiliteitsratio of netto-rentabiliteit van het eigen vermogen na belasting** (winst na belasting op het eigen vermogen) als indicator van het rendement op het geïnvesteerde risicodragende kapitaal.

De gemiddelde waarde van de **current ratio** van de geselecteerde West-Vlaamse bedrijven die actief zijn in de medische sector bedroeg vorig jaar 2,12. In 2005 was dit 1,83 (zie **figuur 6**). We merken aldus een stijgende trend op. De current ratio is ruimschoots groter dan één, wat betekent

Tabel 9

Evolutie van het aantal zorgverleners in West-Vlaanderen en in België, 2004-2008 (in %)

	provincie West-Vlaanderen			België		
	2004	2008	Evolutie in %	2004	2008	Evolutie in %
Erkende huisartsen	1.379	1.395	1,2	14.050	14.156	0,8
Niet-erkende artsen	260	209	-19,6	3.617	3.218	-11,0
Huisartsen in opleiding	56	54	-3,6	710	534	-24,8
Totaal algemeen geneeskundigen	1.695	1.658	-2,2	18.377	17.908	-2,6
Geneesheren-specialisten in opleiding (GSO)	273	287	5,1	3.521	3.284	-6,7
Specialisatie Anesthesie-reanimatie	180	167	-7,2	1.747	1.896	8,5
Specialisatie Heelkunde	108	110	1,9	1.478	1.489	0,7
Specialisatie Neurochirurgie	10	14	40,0	156	188	20,5
Specialisatie Geriatrie + dubbele bekwaliging ^(a)		33			242	
Specialisatie Plastische heelkunde	19	20	5,3	202	243	20,3
Specialisatie Gynecologie-verloskunde	105	108	2,9	1.335	1.463	9,6
Specialisatie Oftalmologie	102	103	1,0	1.012	1.072	5,9
Specialisatie Otorhinolaryngologie	56	60	7,1	603	648	7,5
Specialisatie Urologie	43	42	-2,3	360	388	7,8
Specialisatie Orthopedische heelkunde	99	108	9,1	917	968	5,6
Specialisatie Stomatologie	22	30	36,4	306	312	2,0
Specialisatie Dermato-venereologie	56	58	3,6	656	713	8,7
Specialisatie Inwendige geneeskunde	153	98	-35,9	2.039	1.576	-22,7
Specialisatie Inwendige geneeskunde + endocrino-diabetologie ^(a)		9			201	
Specialisatie Pneumologie	24	34	41,7	367	428	16,6
Specialisatie Gastro-enterologie	28	39	39,3	442	552	24,9
Specialisatie Kindergeneeskunde	92	102	10,9	1.394	1.505	8,0
Specialisatie Kindergeneeskunde + pediatrie neurologie ^(a)		4			52	
Specialisatie Cardiologie	59	64	8,5	862	1.011	17,3
Specialisatie Neuropsychiatrie	52	33	-36,5	575	421	-26,8
Specialisatie Neurologie	21	33	57,1	228	321	40,8
Specialisatie Psychiatrie	79	100	26,6	1.436	1.728	20,3
Specialisatie Reumatologie	16	17	6,3	225	230	2,2
Specialisatie Fysische geneeskunde	46	50	8,7	444	491	10,6
Specialisatie Klinische biologie	40	48	20,0	659	663	0,6
Specialisatie Pathologische anatomie	23	29	26,1	287	318	10,8
Specialisatie Röntgendiagnose	138	152	10,1	1.467	1.600	9,1
Specialisatie Radiotherapie-oncologie	13	16	23,1	163	195	19,6
Specialisatie Nucleaire geneeskunde + dubbele bekwaliging	22	25	13,6	320	320	0,0
Specialisatie Acute geneeskunde (a)		14			253	
Specialisatie Urgentiegeneeskunde + dubbele bekwaliging ^(a)		48			406	
Andere geneesheren-specialisten	12	11	-8,3	156	127	-18,6
Totaal geneesheren-specialisten	1.618	1.779	10,0	19.836	22.020	11,0
Totaal geneesheren-specialisten + GSO	1.891	2.066	9,3	23.357	25.304	8,3
Tandheelkundigen	826	854	3,4	8.362	8.369	0,1
Apothekers-biologen	78	74	-5,1	12.201	13.205	8,2
Kinesitherapeuten	3.124	2.879	-7,8	28.252	26.124	-7,5
Verpleegkundigen	8.240	8.426	2,3	62.211	64.756	4,1
Vroedvrouwen	597	678	13,6	5.084	5.592	10,0
Opticiens	429	425	-0,9	2.206	3.320	50,5
Orthopedisten	59	51	-13,6	560	482	-13,9
Bandagisten	1.070	1.010	-5,6	8.653	8.089	-6,5
Verstrekken van implanten	94	111	18,1	836	930	11,2
Logopedisten	523	670	28,1	3.922	4.856	23,8
Audiciens	156	193	23,7	1.039	1.177	13,3
Diëtisten	119	198	66,4	928	1.510	62,7
Podologen	28	42	50,0	172	276	60,5
Orthoptisten	16	20	25,0	86	100	16,3

^(a) Nieuwe categorieën van geneesheren-specialisten vanaf 2008.

BRON: RIZIV, verwerking WES.

dat er een ruim overschot is van de vlottende activa op de korttermijnschulden. De liquiditeitspositie van de West-Vlaamse medische sector is dus gunstig te noemen.

Net zoals voor de volgende ratio's dient hierbij wel te worden vermeld dat het gebruik van gemiddelde ratio's impliceert dat we niet altijd zeker zijn dat dit gemiddelde een goede weergave is van de effectieve situatie in de medische sector. Eén of enkele medische instelling(en) kan (kunnen) dit gemiddelde immers in belangrijke mate beïnvloeden.

De gemiddelde waarde van de **solvabiliteitsratio** in de medische sector in West-Vlaanderen bedraagt 8,8% (zie **figuur 7**). Dit betekent dat het eigen vermogen in deze sector 8,8% omvat van het totale vermogen. De huidige solvabiliteitsratio ligt veel lager dan de ratio van de voorbije drie jaren.

De gemiddelde waarde van de **rentabiliteitsratio** in de West-Vlaamse medische sector bedraagt 55,8 (zie **figuur 8**). Na enkele jaren een daling te hebben gekend, neemt de rentabiliteitsratio sinds 2007 weer toe. Rekening houdend met de netto-opbrengst van risicoloze beleggingen en het risico dat inherent is verbonden aan het bedrijfsleven, is een nettorentabiliteit van minstens 6% nodig. De rentabiliteitsratio van de medische sector voldoet ruimschoots aan deze norm.

Aantal zorgverleners

Tot slot richten we ons specifiek op de groep van zorgverleners ingeschreven bij het RIZIV met de stand 'in activiteit'² op 31 december 2004 en 2008 in de provincie West-Vlaanderen en in België.

Zoals uit **tabel 9** blijkt, kende de provincie West-Vlaanderen tussen 2004 en 2008 een daling van het aantal geneeskundigen (-2,2%). De achteruitgang is gelijklopend met deze van België (-2,7%). Het aantal geneeskundigen in West-Vlaanderen bedraagt 1.658 personen wat overeenkomt met een aandeel van 9,3% in het totale aantal geneeskundigen in België.

We zien ook dat 1.779 van de 20.020 geneesheren-specialisten die ingeschreven zijn bij de Orde van Geneesheren en die erkend zijn voor een bepaald specialisme door de FOD Volksgezondheid, hun praktijk hebben in West-Vlaanderen.

Het aantal geneesheren-specialisten in opleiding stijgt in West-Vlaanderen met 5,1% en deze groei is groter dan in België waar het aantal geneesheren-specialisten zelfs daalt (-6,7%). ■

¹ Om de leesbaarheid van de tekst te verhogen, spreken we vanaf dit punt over ziekenhuizen daar waar we eigenlijk campussen bedoelen.

² De stand « in activiteit » van een zorgverlener betekent dat zijn geattesteerde verstrekkingen recht geven op terugbetaling, dat hij de administratieve briefwisseling van het RIZIV ontvangt en dat hij getuigschriften (en voorschriften) kan bestellen.

U kunt dit artikel ook downloaden via: www.wes.be/publicaties

Samenvatting

De belangrijkste werkverschaffers binnen de medische sector in West-Vlaanderen zijn de ziekenhuizen. Van de in totaal 25.706 werknemers in de West-Vlaamse medische sector is net geen 80% tewerkgesteld in één van de 51 ziekenhuiscampussen die de provincie telt.

In vergelijking met tien jaar geleden steeg de loontrekkende tewerkstelling met bijna een kwart. De grootste tewerkstelling situeert zich op de as Kortrijk-Roeselare-Brugge. Het aantal zelfstandigen en helpers binnen de medische sector daalde.

Vlaanderen en West-Vlaanderen hebben een vergelijkbaar niveau wat de specialisatie van de medische sector betreft. Wanneer we inzoomen op arrondissementsniveau, zien we dat de arrondissementen Brugge, Oostende en Roeselare de hoogste specialisatiegraad hebben, hoger dan Vlaanderen in het algemeen. Wat de specialisatie van de ziekenhuissector betreft, zien we een hogere specialisatie in West-Vlaanderen dan in Vlaanderen.

De financiële ratio's tonen een positief beeld van de medische sector in West-Vlaanderen.



West-vlaamse ziekenhuizen klaar voor export?

Tanja Termote • sociaaleconomisch beleid, WES

In het Thaise Bumrungrad Hospital komen jaarlijks 430.000 buitenlandse patiënten uit 190 landen over de vloer, goed voor 55% van de omzet. Dit privéziekenhuis werd vorig jaar in het tijdschrift *Vacature* omschreven als een kruising tussen een vijfsterrenhotel en een luxueus shopping center. Een goede medische behandeling gaat er gepaard met goedkopere prijzen, meer luxe en meer service. Wij vroegen ons af hoe belangrijk dit medisch toerisme is voor de West-Vlaamse ziekenhuizen en hadden hierover een gesprek met professor Paul Gemmel van de Universiteit Gent. Daarnaast maakten we zelf een analyse op basis van cijfermateriaal dat we van enkele grotere West-Vlaamse ziekenhuizen konden inkijken.

Medisch toerisme

Wanneer we spreken over medisch toerisme worden vaak verschillende zaken door elkaar gehaald. Professor Paul Gemmel onderscheidt twee fenomenen: "Een eerste belangrijk fenomeen voor West-Vlaanderen is de instroom van patiënten uit onze buurlanden. Wachtlijsten zorgen ervoor dat sommige patiënten uit voornamelijk Nederland en het Verenigd Koninkrijk niet onmiddellijk in hun eigen land terecht kunnen voor medische zorg. Via afspraken met de ziekenfondsen of door onderlinge overeenkomsten tussen verschillende ziekenhuizen worden die patiënten op een gestructureerde manier naar een ziekenhuis in België gestuurd. Zo bestaan er bijvoorbeeld 'logische' stromen van patiënten met dringende noden uit Zeeuws-Vlaanderen richting AZ Sint-Jan Brugge-Oostende of UZ Gent." Professor Gemmel categoriseert dit soort transfers echter niet onder de noemer van het medisch toerisme: "Patiënten kiezen er niet zelf voor om hier behandeld te worden. De ingrepen waarvoor die mensen naar België komen zijn afhankelijk van de wachtlijsten in het buitenland. Het kan ook om zwaardere ingrepen gaan, wat niet typisch is voor het echte medisch toerisme."

Het echte medisch toerisme heeft volgens professor Gemmel andere kenmerken: "Het gaat om patiënten die vanuit het buitenland naar ons land komen hoewel ze voor dezelfde behandeling eigenlijk ook in hun eigen land terecht kunnen. Deze patiënten worden aangetrokken door Belgische of West-Vlaamse ziekenhuizen omdat de dokters er kompetenter zijn of omdat ze hier beter of met meer comfort zullen verzorgd worden. Het betreft vaak niet-dringende, planbare ingrepen met weinig risico's op complicaties. Deze trend blijkt de laatste jaren meer en meer op gang te

komen, maar in België is dit fenomeen nog heel gering."

Buitenlandse patiënten in West-Vlaamse ziekenhuizen

Dat het aantal buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen momenteel nog beperkt is, blijkt uit cijfermateriaal van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Op de bijna drie miljoen opnames in Belgische ziekenhuizen in 2007, tellen we circa 42.000 opnames van patiënten die in het buitenland wonen. Dit komt neer op een aandeel van 1,4% (zie tabel 1). Afzonderlijke cijfers over het aantal buitenlandse patiënten in de West-Vlaamse ziekenhuizen zijn niet voorhanden.

Voor klassieke hospitalisaties - opnames met minstens 1 overnachting - hebben de volgende Belgische ziekenhuizen het grootste aantal buitenlandse patiënten (tabel 2):

- UZ Antwerpen;
- AZ Sint-Jan Brugge¹;
- UZ Gent;
- Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk.

Voor daghospitalisaties - opnames voor één dag, zonder overnachting - bekleden het ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, het UZ Gent en het UZ Brussel de top 3. Alle andere ziekenhuizen hebben een marktaandeel voor buitenlandse patiënten dat kleiner is dan 5%.

De aandoeningen waarvoor de buitenlandse patiënten worden behandeld, leiden we af uit de 'medical diagnoses group' of de MDC. Figuren 1 en 2 geven respectievelijk een beeld van de MDC's voor de klassieke opnames en de dagopnames, en dat zowel voor alle patiënten samen als enkel voor de buitenlandse patiënten. We stellen vast

West-Vlaamse patiënten in de buurlanden?

Slechts een heel klein aantal Belgische of West-Vlaamse patiënten laat zich in Nederlandse, Engelse of Franse ziekenhuizen verzorgen. Hier zijn twee redenen voor. Ten eerste beschikken de Belgische ziekenhuizen nog steeds over voldoende capaciteit om alle patiënten op te vangen. Dit heeft deels te maken met de flexibiliteit van onze ziekenhuizen, artsen en verpleegkundigen. Zelfs al zitten onze ziekenhuizen vol, dan nog neemt men patiënten op, met een hoge werkdruk als gevolg. In Nederland is die flexibiliteit veel geringer. Ten tweede is de gezondheidszorg in België van zeer hoog niveau, waardoor Belgen weinig nood hebben om naar een ander land te trekken voor medische zorgen.

dat er, in vergelijking met de MDC voor alle (Belgische en buitenlandse) patiënten, relatief veel buitenlandse patiënten naar Belgische ziekenhuizen komen voor:

- in het geval van klassieke opnames:
 - › aandoeningen op het vlak van bewegingsstelsel en bindweefsel;
 - › endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten.
- in het geval van dagopnames:
 - › aandoeningen op het vlak van bewegingsstelsel en bindweefsel;
 - › factoren die de gezondheid beïnvloeden.

Om de cijfers op het niveau van België toch ietwat te verfijnen, namen we contact op met de grootste West-Vlaamse ziekenhuizen. Omdat niet al deze ziekenhuizen bereid waren om hun gegevens ter beschikking te stellen, kunnen we slechts partiële gegevens voorstellen.

Tabel 1
Totaal aantal opnames in Belgische ziekenhuizen in 2007, naar land van herkomst van de patiënt, 2007

Land van herkomst	Klassieke opnames *		Dagopnames *		Klassieke + dagopnames	
	Absoluut aantal	In %	Absoluut aantal	In %	Absoluut aantal	In %
België	1.691.530	98,4	1.223.160	98,8	2.914.690	98,6
Buitenland	26.682	1,6	15.379	1,2	42.061	1,4
Totaal	1.718.212	100,0	1.238.539	100,0	2.956.851	100,0

* Een klassieke opname is een opname met minstens 1 overnachting; een dagopname is een opname zonder overnachting.
Bron: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, verwerking WES.

Tabel 2
Overzicht van de Belgische ziekenhuizen waar minstens 5% van de buitenlandse patiënten worden opgenomen, jaar 2007 *

KLASSIEKE HOSPITALISATIE		
Naam ziekenhuis	Gemeente van het ziekenhuis	Marktaandeel voor patiënten afkomstig uit het buitenland (in %)
Universitair ziekenhuis Antwerpen	Edegem	7,4
Algemeen ziekenhuis Sint-Jan AV **	Brugge	6,9
Universitair ziekenhuis	Gent	6,9
Ziekenhuis Oost-Limburg	Genk	5,1
DAGHOSPITALISATIE		
Naam ziekenhuis	Gemeente van het ziekenhuis	Marktaandeel voor patiënten afkomstig uit het buitenland (in %)
Ziekenhuis Oost-Limburg	Genk	10,4
Universitair ziekenhuis	Gent	9,6
Universitair ziekenhuis Brussel	Jette	6,7

* Van de ziekenhuizen met minder dan 5% marktaandeel zijn geen exacte marktaandelen beschikbaar
** Cijfers van voor de fusie
Bron: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, verwerking WES

Uit tabel 2 blijkt dat de Brugse campussen van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende in West-Vlaanderen de meeste buitenlandse patiënten verzorgen. Voor wat de klassieke hospitalisaties betreft, bedroeg het marktaandeel voor buitenlandse patiënten 6,9%. Het marktaandeel voor daghospitalisatie was kleiner dan 5%.

Navraag bij het ziekenhuis zelf leert dat de Brugse campussen van het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende in 2009 2.223 opnames telden van patiënten uit het buitenland of 4,75% van het totale aantal opnames in dit ziekenhuis (tabel 3). Het betreft zowel dagopnames als klassieke opnames. De buitenlandse patiënten zijn voornamelijk afkomstig uit Nederland. In 2009 waren er 1.807 opnames van patiënten uit Nederland, wat drie vierden van het totale aantal buitenlandse opnames inhoudt (zie figuur 3). Het ziekenhuis telde tot en met 2008 ook jaarlijks meer dan 200 opnames van patiënten uit het Verenigd Koninkrijk. In 2009 is dit aantal gedaald tot 95. Daarnaast waren er in 2009 87 opnames van patiënten uit Denemarken, 74 uit Frankrijk, 25 uit Spanje en 23 uit Duitsland.

Het aantal buitenlandse patiënten in de andere West-Vlaamse ziekenhuizen is veel beperkter. Uit contacten met het Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen leren

we dat het aantal klassieke opnames van buitenlandse patiënten er tussen 2002 en 2009 varieerde tussen 125 en 180 per jaar. Het aandeel buitenlandse opnames bedraagt er nauwelijks 0,5% van het totale aantal klassieke opnames (tabel 4). 69% van de buitenlandse patiënten voor klassieke opnames in dit ziekenhuis is afkomstig uit Frankrijk (figuur 4). Volgens het ziekenhuis is de nabijheid van de site Menen een belangrijke reden voor deze patiënten om zich in België te laten verzorgen.

De ingrepen of zorgen waarvoor de patiënten uit het buitenland naar België trekken, zijn voor het AZ Sint-Jan terug te vinden in figuur 5. 30% van de buitenlandse patiënten komt voor aandoeningen van het bewegingsstelsel en bindweefsel en circa 20% voor endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten. 7,5% van de opnames betreft aandoeningen aan het hart- en vaatstelsel, 6,8% betreft aandoeningen in verband met het zenuwstelsel en 6,4% betreft aandoeningen aan neus, keel en oren.

Centres of excellence

Veel buitenlandse ziekenhuizen spelen bewust in op het echte medisch toerisme waarbij medische verzorging van buitenlandse patiënten gekoppeld wordt aan

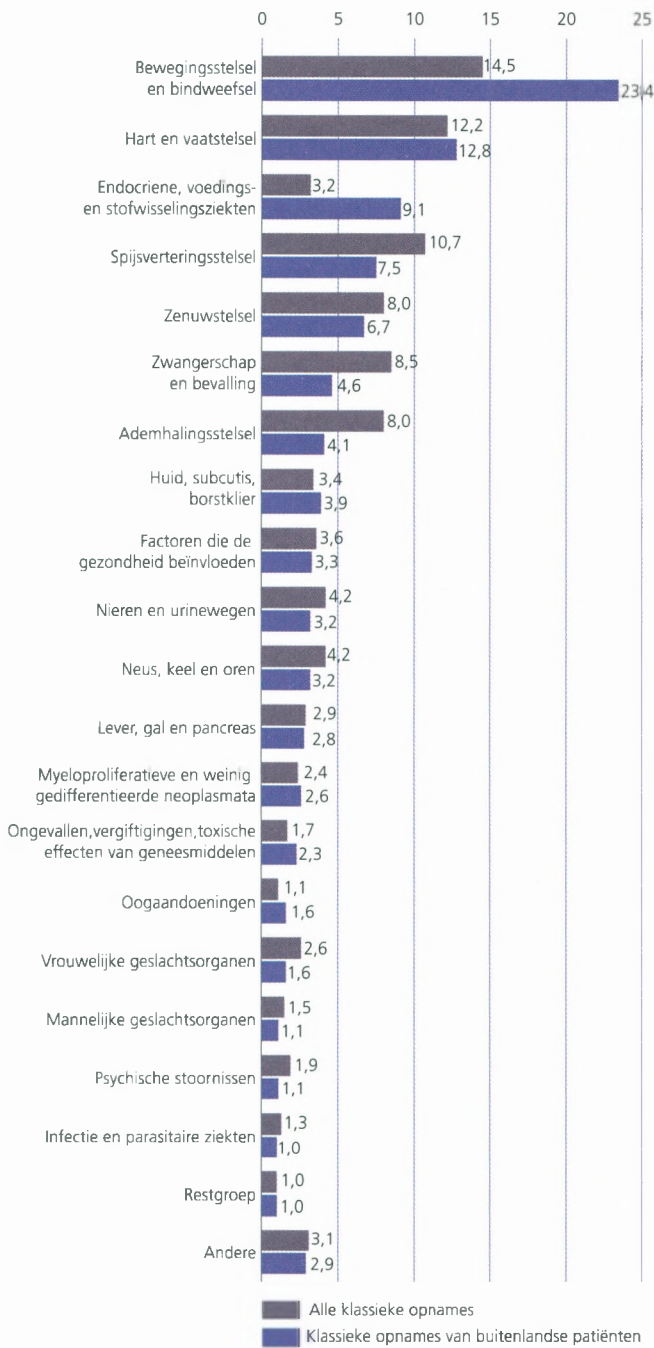
toerisme. In België of West-Vlaanderen bestaat deze trend nauwelijks of niet. Onze ziekenhuizen beschikken nochtans over de competenties, kennis en technologie om geneeskunde op een zeer hoog niveau te voeren wat aantrekkelijk is voor buitenlandse patiënten. Paul Gemmel: “We hebben in West-Vlaanderen toch wel een aantal aantrekkingspolen. De drie grote ziekenhuizen, met name het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende, het Heilig Hart Roeselare en het az groeninge in Kortrijk hebben naam en faam en komen wegens hun omvang in aanmerking om in bepaalde domeinen als **centres of excellence** naar buiten te komen. De kleinere ziekenhuizen die in West-Vlaanderen nog relatief veel voorkomen, doen het ook zeer goed maar trekken een meer lokale of regionale kar en spelen daar een iets kleinere rol in.”

Op de vraag of de West-Vlaamse ziekenhuizen zich momenteel al profileren als *centres of excellence* antwoordt Gemmel dat ze dit tot nog toe minder doen dan andere grote Belgische ziekenhuizen: “Ze profileren zich eerder als een globaal ziekenhuis, op heel hoog niveau, met heel veel competenties. Wat de *centres of excellence* van de grote West-Vlaamse ziekenhuizen zijn, dat weet ik niet. Ze zijn op veel vlakken zeer goed, maar hebben nog niet echt een domein uitgebouwd waar ze tot ver buiten de landsgrenzen voor gekend zijn. Toch ben ik van mening dat het idee van *centres of excellence* belangrijk is. De sterkte van een ziekenhuis is niet dat het een algemeen ziekenhuis is met allerlei competenties. Hun sterkte en aantrekkingskracht is dat ze op een bepaald domein uitblinken. Het OLV ziekenhuis in Aalst is met haar hartcentra het voorbeeld van een *centre of excellence*. Ik heb het gevoel dat dit beleid van specialisatie minder wordt gevolgd door de West-Vlaamse ziekenhuizen.”

Voor- en tegenstanders

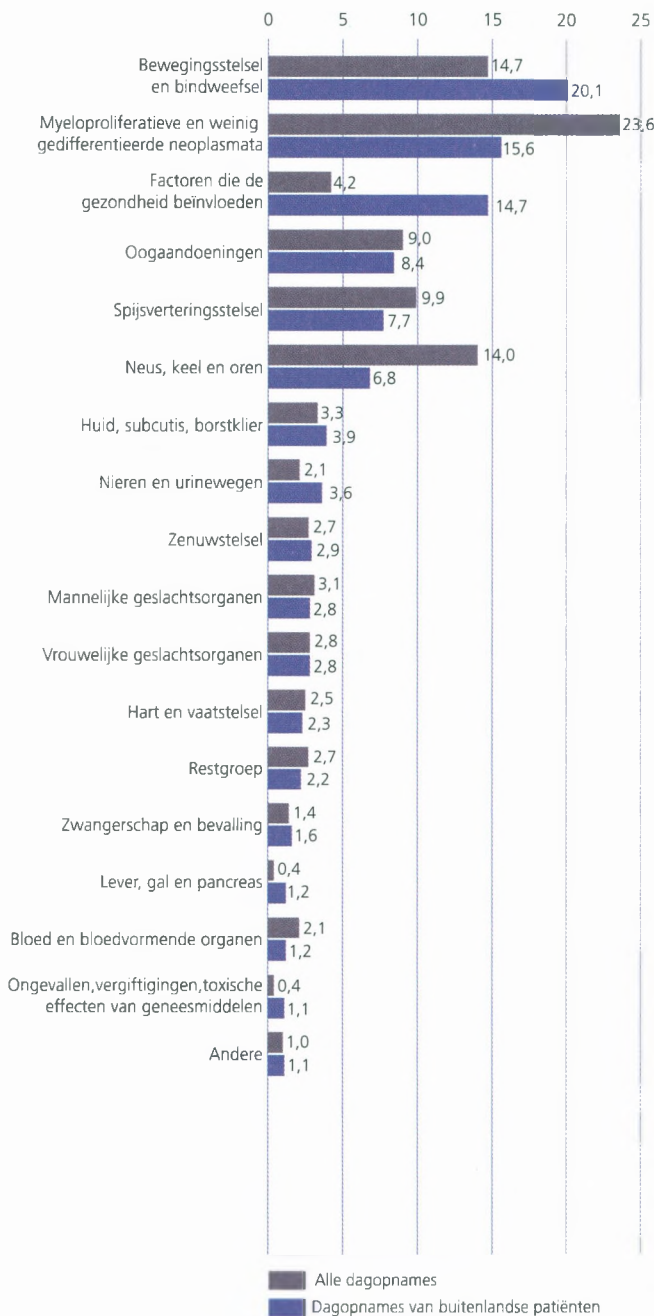
Het idee voor het exporteren van gezondheidszorg kent voor- en tegenstanders. Het Vlaams Verbond van Belgische Ondernemingen (VBO) is voorstander en volgt de oude economische visie van onder meer Adam Smith die stelt dat een sector slechts productief is op het moment dat hij

Figuur 1
Klassieke opnames in Belgische ziekenhuizen, naar land van herkomst van de patiënt en MDC, 2007 (in %)



Bron: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, verwerking WES

Figuur 2
Dagopnames in Belgische ziekenhuizen, naar land van herkomst van de patiënt en MDC, 2007 (in %)



Bron: Federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, verwerking WES

exporteert. In België wordt heel veel geïnvesteerd in gezondheidszorg, in medische technologie en in opleidingen van artsen. Waarom zouden we die investeringen ook niet voor een stuk gaan verkopen in het buitenland? Paul Gemmel volgt deze argu-

mentatie: “Het is belangrijk om dat idee van *centres of excellence* uit te bouwen en onze medische knowhow en specialisaties te verkopen bij buitenlandse patiënten. Als je je ergens in wil specialiseren, moet je je ook tot de buitenlandse markt richten.

België alleen is hiervoor te klein. Ook voor de artsen zelf is het belangrijk dat ze zich internationaal kunnen profileren.”

De ziekenfondsen zijn echter minder enthousiast. Gemmel: “Een stuk van de in-

Tabel 3
Evolutie tussen 2005 en 2009 van het aantal opnames (klassiek + dag) van patiënten in het ziekenhuis AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV*, naar land van herkomst

Land van herkomst	2005		2006		2007		2008		2009	
	Absoluut	In %	Absoluut	In %	Absoluut	In %	Absoluut	In %	Absoluut	In %
België	37.010	95,23	37.948	94,67	39.758	94,14	42.510	94,59	44.579	95,25
Nederland	1.492	3,84	1.477	3,68	1.700	4,03	1.829	4,07	1.807	3,86
Verenigd Koninkrijk	214	0,55	346	0,86	365	0,86	245	0,55	95	0,20
Denemarken		0,00	69	0,17	127	0,30	96	0,21	87	0,19
Frankrijk	44	0,11	50	0,12	59	0,14	77	0,17	74	0,16
Spanje	16	0,04	28	0,07	19	0,04	14	0,03	25	0,05
Duitsland	17	0,04	26	0,06	31	0,07	27	0,06	23	0,05
U.S.A.	7	0,02	9	0,02	17	0,04	9	0,02	14	0,03
Noorwegen	1	0,00	3	0,01	28	0,07	29	0,06	10	0,02
Groot-Hertogdom Luxemburg	7	0,02	7	0,02	18	0,04	7	0,02	10	0,02
Roemenie	2	0,01		0,00	4	0,01	5	0,01	10	0,02
Ierland	11	0,03	53	0,13	51	0,12	43	0,10	9	0,02
Andere	41	0,11	67	0,17	57	0,13	52	0,12	59	0,13
Totaal buitenland	1.852	4,77	2.135	5,33	2.476	5,86	2.433	5,41	2.223	4,75
Totaal (België + buitenland)	38.862	100,00	40.083	100,00	42.234	100,00	44.943	100,00	46.802	100,00

* Cijfers exclusief campus Henri Serruys in Oostende
Bron: Ziekenhuis AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV, verwerking WES

Tabel 4
Evolutie tussen 2002 en 2009 van het aantal klassieke opnames van patiënten afkomstig uit het buitenland in het Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen

Jaar	Aantal opnames
2002	133
2003	127
2004	139
2005	143
2006	130
2007	156
2008	179
2009	144
Totaal aantal klassieke opnames 2009	29.533
Aandeel buitenlandse patiënten 2009	0,49

Bron: Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw, verwerking WES

vesteringen in de medische sector wordt betaald via belastinggeld en via de sociale zekerheid. Binnen Europa zijn er heel wat afspraken over de prijzen die je patiënten mag aanrekenen. Deze prijzen zijn echter geen reflectie van de werkelijke kostprijzen want de verdoken investering via belastinggelden en sociale zekerheid wordt hierin niet meegerekend. Op die manier gaat men in België de gezondheidszorg in Nederland en andere Europese landen subsidiëren."

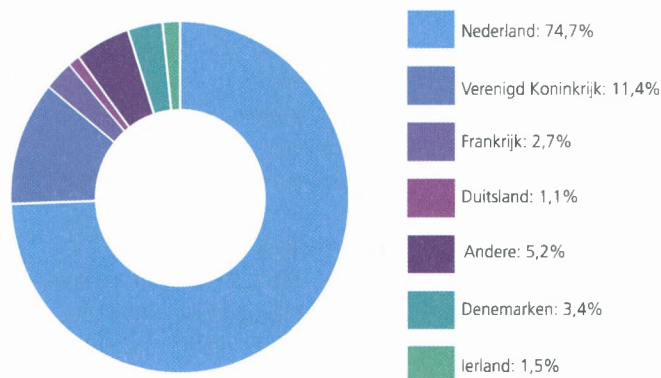
Een bijkomende schrik bij de ziekenfondsen is dat de buitenlandse patiënten niet alleen onze bedden, maar vooral onze zorg gaan inpalmen. En dat terwijl er ook in West-Vlaanderen al tekorten zijn aan goede en competente verpleegkundigen. Wat gebeurt er als we buitenlandse patiënten aantrekken en er niet voldoende capaciteit blijkt te zijn? Krijgen de Belgische patiënten dan voorrang? Vanuit die schrik is bij de overheid het idee ontstaan om een observatorium op te richten dat waakt over

de instroom van buitenlandse patiënten en dat toeziet dat de toegankelijkheid voor de Belgische patiënt gewaarborgd blijft.

Voor niet-Europese patiënten mogen de ziekenhuizen wel hogere prijzen aanrekenen. Met de toenemende druk op het gezondheidsbudget ziet Paul Gemmel hierin een welgekomen bron van extra inkomsten voor de ziekenhuizen: "Aangezien de huidige economische crisis ook een weerslag heeft op de gesubsidieerde sectoren en het

Figuur 3

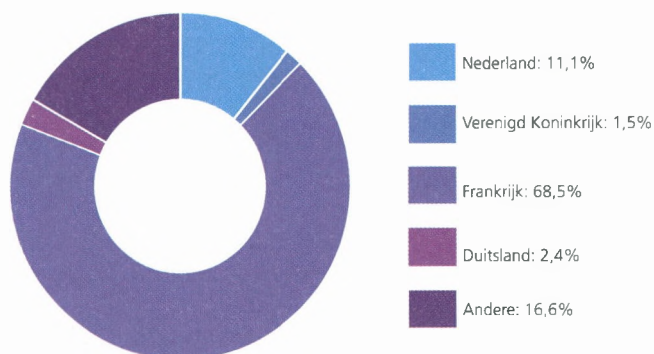
Land van herkomst van de buitenlandse patiënten voor klassieke en dagopnames in AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV*, som over de periode 2005-2009 (in %)



* Cijfers exclusief campus Henri Serruys in Oostende
Bron: Ziekenhuis AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV, verwerking WES

Figuur 4

Land van herkomst van de buitenlandse patiënten voor klassieke opnames in Heilig Hart Roeselare-Menen, som over de periode 2002-2009 (in %)



Bron: Heilig Hartziekenhuis Roeselare-Menen vzw, verwerking WES

in de toekomst steeds minder realistisch zal zijn dat de overheid alle investeringen zal financieren, zullen de ziekenhuizen waarschijnlijk op zoek moeten gaan naar andere financieringsmiddelen. Het aantrekken van niet-Europese patiënten die meer willen betalen, is dan niet zo'n gek idee."

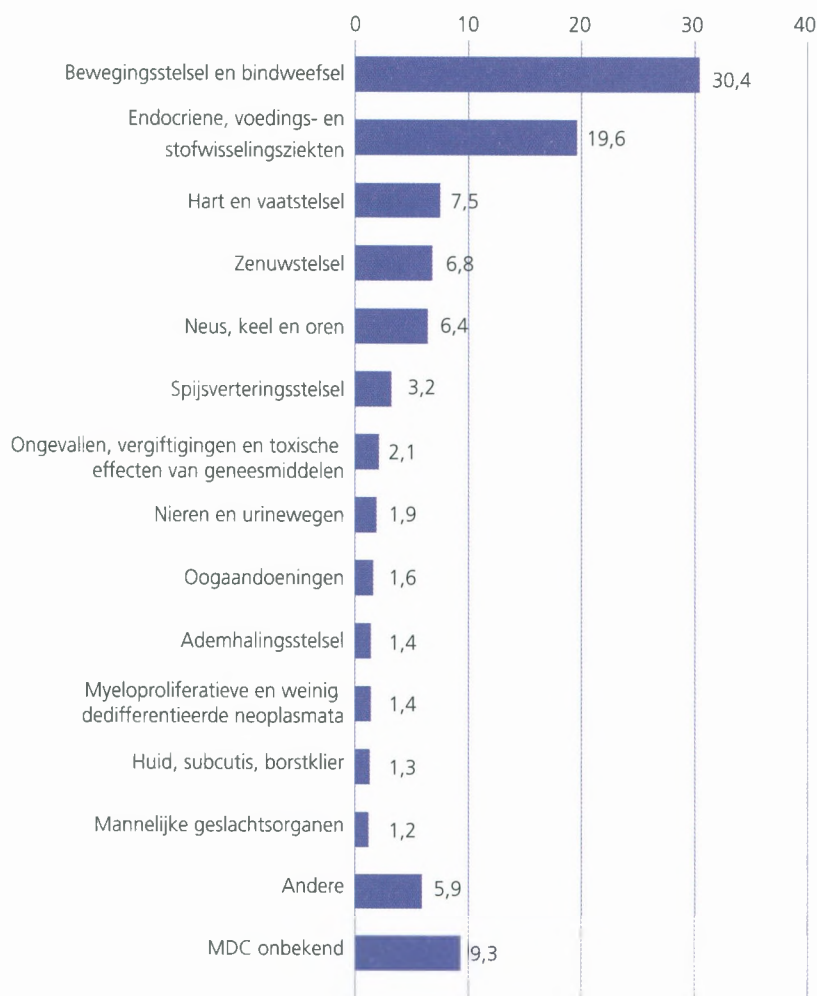
Er is nog een andere reden waarom de overheid en de ziekenfondsen niet enthousiast zijn over het fenomeen 'medisch toerisme': de link tussen het medisch toerisme en het commercialiseren van de gezondheidszorg. Een gevaar bij het commercialiseren van de gezondheidszorg is onder meer dat de private aanbieders zich op de minder complexe ingrepen gaan richten die typisch zijn voor het medisch toerisme. De ziekenhuizen blijven dan achter met de zwaardere pathologieën waarvan de behandelingen vaak verlieslatend zijn.

Nog geen reclame

Voor het aantrekken van de circa 42.000 buitenlandse patiënten die België nu jaarlijks ontvangt, maakten de Belgische ziekenhuizen geen reclame. Dit is hier nog altijd verboden. Via mond-tot-mondreclame of via wetenschappelijke artikels in internationale tijdschriften sijpelt bepaalde informatie over Belgische specialiteiten wel door naar het buitenland. Dankzij het internet is informatie over buitenlandse ziekenhuizen ook veel beter voorhanden dan vroeger. Om de uitstekende gezondheidszorg in België ook aan te bevelen buiten Europa, zette het VBO in 2007 het initiatief 'Healthcare Belgium' op, een samenwerkingsverband van 11 ziekenhuisgroepen. De vzw wil op internationaal vlak samenwerkingsverbanden opbouwen door medische diensten voor buitenlandse patiënten en zorgverstrekkers te organiseren, en dit op een ethische en gecoördineerde wijze. Daarnaast worden telegeneeskundeprojecten aangemoedigd en begeleid. Via de website van Healthcare Belgium krijgen de elf deelnemende ziekenhuizen de kans om maximum vier 'centres of excellence' uitgebreid voor te stellen. Hiermee zette de vzw als eerste non-profitorganisatie de stap richting 'export' van de

Figuur 5

Medical diagnosis group (MDC) van de opnames (klassiek + dag) van buitenlandse patiënten in AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV in 2009 (in %) *



* Cijfers exclusief campus Henri Serruys in Oostende
Bron: Ziekenhuis AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV, verwerking WES

gezondheidszorg. Healthcare Belgium werkt ook samen met tien partnerhotels die de buitenlandse patiënten en hun familie een aangenaam verblijf garanderen. Met het initiatief wil de organisatie vooral meer jobs creëren in ons land. De vzw verzekert bovendien dat er geen wachtlijsten ontstaan voor de eigen patiënten door de behandeling van buitenlandse patiënten. Momenteel is er echter nog geen West-Vlaams ziekenhuis lid van Healthcare Belgium.

Besluit

Op dit moment zijn er jaarlijks ongeveer 42.000 opnames van buitenlandse patiënten in Belgische ziekenhuizen. In West-Vlaanderen verwelkomt het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende jaarlijks de meeste buitenlandse patiënten. In veel gevallen gaat het om Nederlandse patiënten die omwille van wachtlijsten in hun eigen land noodgedwongen naar West-Vlaanderen of België komen voor medische zorgen. Het echte medisch toerisme waarbij patiënten vrijwillig kiezen om zich te laten verzorgen in een West-Vlaams ziekenhuis en dit omwille van goedkopere prijzen, een betere service en/of de combinatie met een toeristisch verblijf, is heel beperkt. Dit fenomeen kent wereldwijd wel een groei, maar is momenteel van weinig belang in een West-Vlaamse context. Allicht ziet ook de toeristische sector in West-Vlaanderen meer toekomst in het verder promoten van de West-Vlaamse kust, de Westhoek of het Brugse Ommeland, eerder dan zich te gaan toespitsen op de koppeling van de toeristische aantrekkingskracht van West-Vlaanderen met de hoogstaande gezondheidszorg in de West-Vlaamse ziekenhuizen.

Toch staan de grote West-Vlaamse ziekenhuizen voor de uitdaging om zich in een toenemende globalisering meer te gaan profileren als centres of excellence die kunnen uitgebouwd worden tot ver buiten de landsgrenzen. ■

¹ De cijfers hebben betrekking op het jaar 2007. Omdat het AZ Sint-Jan AV in Brugge en het Henri Serruys Ziekenhuis AV in Oostende pas in 2009 fuseerden, hebben de cijfers enkel betrekking op het ziekenhuis in Brugge.

U kunt dit artikel ook downloaden via: www.wes.be/publicaties



Dorien Meire

Steven Deruwe

SD Worx: altijd een stapje voor...

SD Worx neemt als dienstverlener binnen HR een zeer prominente plaats in. Ook in West-Vlaanderen is dat zo. Met twee lokale kantoren in Kortrijk en Brugge is SD Worx al meer dan 25 jaar actief in West-Vlaanderen. Steven Deruwe, regionaal business manager in de KMO divisie van SD Worx en Dorien Meire, regioverantwoordelijke in Brugge, maken de balans op.

Kan je SD Worx even in het kort voorstellen?

Steven Deruwe: Al meer dan 65 jaar – aanvankelijk onder de naam Sociale Dienst VEV – is SD Worx een sociaal secretariaat met naam en faam. De sociaal secretariatsfunctie is de pijler waarop de dienstverlening is gebaseerd. Alle verplichtingen die een werkgever heeft rond het tewerkstellen van personeel worden uit handen van het bedrijf genomen. En voor elk type van bedrijf is er een aangepaste oplossing. Zo zal de boekhouder van een zelfstandige met één werknemer natuurlijk een totaal ander invoerpakket en totaal andere rapporteringen vragen dan het filiaal van een multinational dat om de zoveel tijd heel specifieke cijfers naar het 'moederhuis' moet sturen.

De sociaal secretariatsfunctie is de pijler, er is dus meer?

Steven Deruwe: Jazeker, SD Worx is allang veel meer dan alleen maar een sociaal secretariaat. Als allereerste, en zeer lang als enige, begreep het dat een werkgever veel meer van een dienstverlener mag verwachten dan alleen ervoor te zorgen 'in orde' te zijn. SD Worx breidde zijn dienstverlening dan ook uit tot alle processen die een werkgever kan meemaken wanneer hij personeel tewerkstelt. Het zoeken van de geschikte nieuwe werknemer, het uitwerken van het juiste loonbeleid, het meenadenken over het juiste arbeidsreglement en het bijstaan bij het bezoek van sociale inspectie, het implementeren van de loon-

gegevens in automatiseringsprocessen, het geven van opleidingen, het geven van sociaal-juridische en fiscale raad, het opstellen van afspraken tussen werkgevers en werknemers...; deze waaier van activiteiten, en nog veel meer biedt SD Worx als totaal dienstverlener aan. SD Worx heeft deze marktlogica ook consequent doorgevoerd in de eigen organisatie.

Hoe vertaalt zich dat?

Dorien Meire: Sedert enkele jaren kent SD Worx een uitbreiding naar het buitenland. Met vestigingen in Frankrijk, Nederland, Duitsland en Luxemburg volgen we de internationalisering die wij ook vaststellen bij onze aangesloten werkgevers. Omgekeerd, maar als troef even belangrijk, is de regionale benadering van en dienstverlening voor de kmo's. Er zijn nu 27 SD Worx kantoren, waaronder dus Brugge en Kortrijk. Om deze regionale dynamiek nog meer waar te maken, reorganiseerde SD Worx onlangs zijn consultancy-divisie ook regionaal. In West-Vlaanderen zijn er nu dus, naast Proxy-kantoren (dienstverlening aan KMO's) en medewerkers voor grote bedrijven ook consultants met diverse competenties aanwezig die bedrijven bijstaan in al die facetten van het werkgever zijn anno 2010.

Wat is die Proxy-aanpak?

Steven Deruwe: Het komt er op aan mentaal dicht bij je klant te staan voor de volledige problematiek rond het tewerkstellen van personeel: aanwerven, optimaal tewerkstellen en (in extremis) af-

scheid nemen. Pragmatisch en pro-actief meedenken is zeer belangrijk. Onze regioverantwoordelijken zijn dan ook de vertrouwenspersonen van de zaakvoerder bij uitstek, want zij weten wat hij of zij nodig heeft net op dat moment.

En wat zegt dat over West-Vlaanderen?

Dorien Meire: De Westvlaamse dienstverlening van SD Worx is natuurlijk wel gestoeld op de gezamenlijke kennis van de 1800 medewerkers, maar is ze toch uniek en aangepast aan de eigen realiteit van onze regio.... Regionaal werken heeft veel te maken met de instelling van de geest, van het kopke. Het gaat erom denken en te handelen in functie van de eigenheden van de regio en de mensen die daar wonen en werken. We zijn sinds zes jaar meer decentraal gaan werken en verhuisden in november 2008 van de Brugse Wittemolenstraat naar een nieuw pand aan de Gistelsesteenweg waar we nu werken met 12 mensen.

En maken die mensen het verschil?

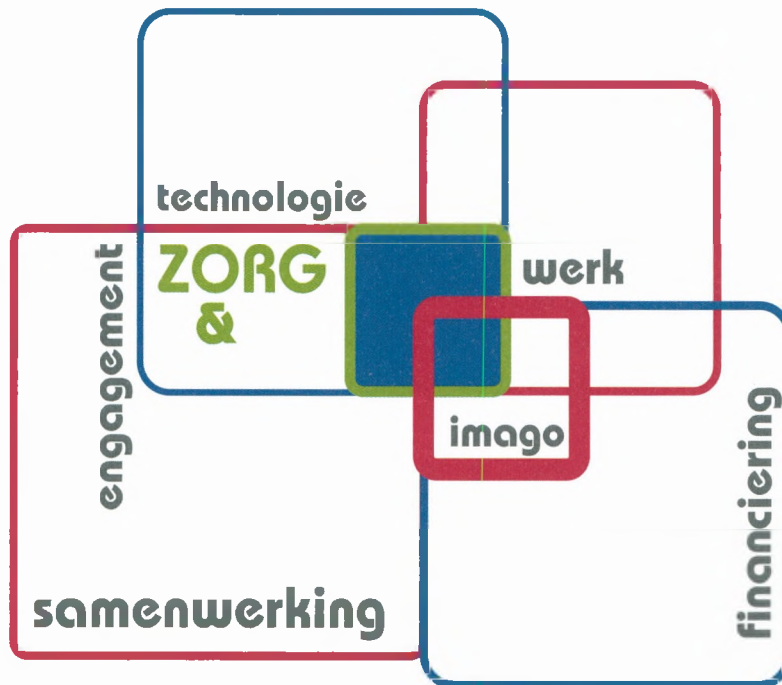
Er zijn regionale verschillen in de markt, en dan is het beter om die verschillen te coveren met mensen uit de regio. Dan krijg je vanzelf meer voeling met de lokale markt. Een logisch gevolg daarvan is dat je je medewerkers bij voorkeur ook "onder de kerktoeren" rekruteert, gewoon al omdat ze nauwer betrokken zijn. Ze zijn daar lid van het verenigingsleven, ze kopen daar bij handelaars, hun kinderen lopen daar school... Dat soort dingen speelt mee...

Johan Van Duyse.

Onze gegevens

- President Kennedypark 33A - 8500 Kortrijk- T 056 24 18 34 - kmo.kortrijk@sdworx.com - www.sdworx.be/kmo/kortrijk
- Gistelse Steenweg 294 - bus 203 (Expresweg)- 8200 Brugge - T 050 28 94 20 - kmo.brugge@sdworx.com - www.sdworx.be/kmo/brugge

TREFDAG & GOEDE IDEEËNBEURS ZORG 20 mei 2010 KHBO BRUGGE



voor **ZORG**genoten uit

WELZIJN | OUDERENZORG | THUISZORG | (GEESTELIJKE) GEZONDHEIDSZORG |
SECTOR VOOR PERSONEN MET EEN HANDICAP | ONDERWIJS | TEWERKSTELLING & INDUSTRIE

met een neus voor de TOEKOMST, oog voor SAMENWERKING en een hart voor ZORG

wij **ZORG**en voor

- reflectie** Professor Dominique Verté, bezieler van het seniorenbehoeftenonderzoek van de VUB, en Professor Marc De Vos, onafhankelijke denktank Itinera, geven hun kritisch-wetenschappelijke visie.
- inspiratie** De zorgsector laat zich van zijn meest innovatieve en creatieve kant zien in de Goede Ideeënbeurs, geopend door Vlaams minister voor Welzijn Jo Vandeuren.
- interactie** Brainstorm mee over belangrijke zorgprioriteiten en maak kennis met ZORGgenoten. Dirk De fauw, voorzitter RESOC Brugge en gedeputeerde voor welzijn sluit de dag af.

u **ZORG**t voor
uw sprankelende aanwezigheid

Inschrijven en meer informatie www.trefdagzorg.be



met dank aan **streekkrant**

Schaalvergroting als basis voor specialisatie en kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg



Lien Vanden Broucke • WES

Ziekenhuizen gaan alsmaar meer samenwerken of zelfs fuseren. Wat drijft deze evolutie en welke voordelen kunnen ziekenhuizen hieruit halen? Wordt er ook internationaal samengewerkt? Met deze vragen trok WES naar Jan Deleu, algemeen directeur van az groeninge.

Az groeninge ontstond in 2000 uit de fusie van de vier Kortrijkse algemene ziekenhuizen. De fusie maakte van az groeninge één van de grootste ziekenhuizen van het land. Met 1.200 bedden, 2.850 medewerkers (waaronder meer dan 200 geneesheren), 286.000 ligdagen en 35.000 opnames per jaar in de klassieke hospitalisatie kan het ziekenhuis sterke cijfers voorleggen. Daarnaast ontvangt het dagziekenhuis jaarlijks nog eens gemiddeld 35.000 patiënten. Met andere woorden: een grote groep mensen komt jaarlijks in een gespecialiseerde omgeving terecht. En laat specialisatie nu net één van de drijfveren zijn waarom ziekenhuizen fuseren. Maar aan die huidige trend gaat natuurlijk een lange evolutie vooraf.

De laatste halve eeuw is het ziekenhuiswezen in de geïndustrialiseerde wereld grondig veranderd. Hoe komt dat?

Jan Deleu: "Na de tweede wereldoorlog telde België heel wat kleine ziekenhuizen, vaak met nog geen 150 bedden. De meeste hadden een basistechnologie in huis maar geen gespecialiseerd platform. In 1988 kwam er echter een grote stimulans vanuit de overheid om tot grotere gehelen te komen. Dat had een dubbele bedoeling: schaalvoordelen realiseren en het aantal bedden doen afnemen. Hoe hoger het aantal bedden, hoe hoger namelijk de uitgaven van het RIZIV en het ministerie van Volksgezondheid. Tussen 1988 en 2006 daalde het aantal ziekenhuizen in Vlaanderen van 141 tot 80. In diezelfde periode zijn in België 14.750 bedden afgebouwd. In West-Vlaanderen gebeurden sinds 1988 twaalf fusiebewegingen (zie tabel 1). Deze evolutie gebeurde redelijk geruisloos maar zorgde voor grote veranderingen in het ziekenhuiswezen."

Wat zijn de belangrijkste structurele wijzigingen die ziekenhuizen hebben ondergaan?

Deleu: "In de eerste plaats is technologie een heel bepalende factor geworden om al dan niet voor een bepaald ziekenhuis te kiezen. Daarnaast is ook de opleiding van de artsen heel sterk geëvolueerd. Ten tijde van de tweede wereldoorlog had men een algemeen chirurg die ongeveer

alles deed, van thoraxchirurgie, abdominale chirurgie tot urologische en zelfs orthopedische ingrepen. Gaandeweg zijn daar in elk vakgebied specialisten voor in de plaats gekomen. Dit had een grote verschuiving binnen de organisatie tot gevolg. Nu zijn we eigenlijk al in een volgende fase getreden met een verregaande subspecialisatie. In de orthopedische chirurgie bijvoorbeeld zijn er al specialisten voor enkel de handen en de voeten. We evolueren naar meer en meer subspecialisaties omdat men er eigenlijk van uitgaat dat chirurgen omwille van de leercurve hun vak beter beheersen naarmate ze meer ingrepen van een bepaald specifiek type hebben gedaan. Voorts zien we ook min of meer dezelfde tendens in de verpleging. Ook hier is er sprake van steeds meer specialisatie en subspecialisatie, zodat verpleegkundigen op basis van een grotere kennis en knowhow een betere dienstverlening kunnen aanbieden aan de patiënten. Dat is het algemene plaatje waarin de noodzakelijke schaalvergroting van de ziekenhuizen kadert. Je kan immers geen hoog gespecialiseerd technologisch platform aanbieden als je maar 20 tot 50 patiënten per jaar hebt voor een bepaalde ingreep."

Schaalvergroting in cijfers

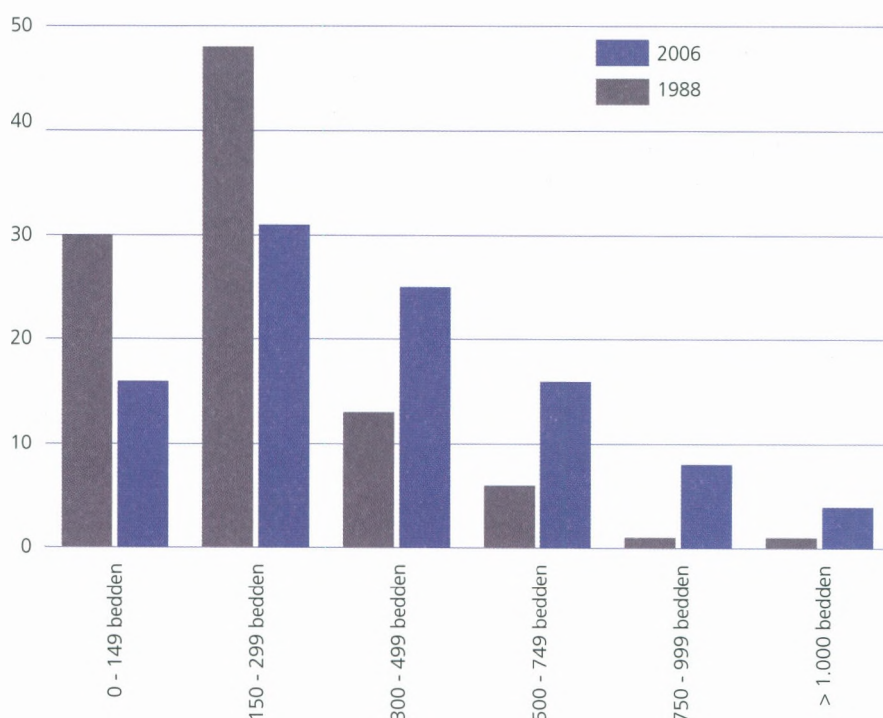
In 1988 telden nog 78% van de Vlaamse ziekenhuizen minder dan 300 bedden. In 2006 was dit aantal gedaald tot 47%. Het aantal ziekenhuizen met meer dan 500 bedden steeg dan weer van 8% naar 28% (zie figuur 1).

Wat zijn de voordelen van een fusie?

Deleu: "Eén van de voordelen komt voort uit een relatief nieuw structureel gegeven in de problematiek van de ziekenhuizen. De medische omkadering wordt schaarser en tegelijkertijd ook vrouwelijker. Elk jaar studeren er in verhouding tot de vraag onvoldoende specialisten af. Bovendien studeren ook meer en meer vrouwen af in de medische sector. We evolueren naar 60 à 65 procent vrouwen. Het probleem is dat zij minder beschikbaar zijn dan hun mannelijke collega's omdat ze naast hun job vaak ook moeder zijn. We leven niet meer in een tijd waarin artsen bij wijze van spreken nog dag en nacht van wacht waren. Ook artsen en verpleegkundigen willen een sociaal leven met een goede balans

Figuur 1

Schaalvergroting algemene ziekenhuizen 1988 - 2006 in Vlaanderen (in % van aantal ziekenhuizen)



Bron: az groeninge

Tabel 1
Fusies in West-Vlaanderen, 1988-2009

	Instelling	Statuut	Opmerking
1	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Lucas	Privaat	
	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jozef	Privaat	gesloten 31/03/1996
	Gefusioneerd 01.01.1988		
	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Lucas	Privaat	
2	Kortrijk, Ziekenhuis St.-Maarten	Privaat	
	Kortrijk, Ziekenhuis Heilig Hart	Privaat	gesloten 21/12/1992
	Gefusioneerd 01.01.1988		
	Kortrijk, Algemeen Ziekenhuis St.-Maarten	Privaat	Zie 5
3	Knokke-Heist, Kliniek Onze Lieve Ter Linden	Privaat	
	Blankenberge, Koningin Fabiolaziekenhuis	Openbaar	
	Gefusioneerd 01.01.1994		
	Knokke-Heist, Gezondheidszorg Oostkust	Privaat	
4	Menen, St.-Joriskliniek en Materniteit	Privaat	
	Menen, Medisch Instituut voor Socialistische Mutualiteiten	Privaat	gesloten 31/03/2009
	Gefusioneerd 01.01.1996		
	Menen, V.Z.W. Algemeen Ziekenhuis	Privaat	Zie 10
5	Kortrijk, Kliniek Maria's Voorzienigheid	Privaat	
	Kortrijk, Algemeen Ziekenhuis St.-Maarten	Privaat	
	Kortrijk, St.-Niklaaskliniek	Privaat	
	Gefusioneerd 01.01.1998		
	Kortrijk, algemeen ziekenhuis groeninge	Privaat	Zie 9
6	Ieper, Onze-Lieve-Vrouw Ziekenhuis	Openbaar	
	Ieper, Kliniek der Zwarte Zusters	Privaat	Gesloten 01/01/2008
	Poperinge, Mariaziekenhuis	Privaat	
	Gefusioneerd 30.06.1998		
	Ieper, Jan Yperman Ziekenhuis vzw	Privaat	
7	Oostende, Kliniek St.-Jozef	Privaat	
	Oostende, Algemeen Ziekenhuis Heilig Hart	Privaat	
	Gefusioneerd 31.12.1998		
	Oostende, Algemeen Ziekenhuis Damiaan	Privaat	
8	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jan	Openbaar	
	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Franciscus – Xaverius	Privaat	
	Gefusioneerd 01.01.2000		
	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jan AV	Openbaar	Zie 12
9	Kortrijk, Algemeen Ziekenhuis Groeninge	Privaat	
	Kortrijk, Onze-Lieve-Vrouw Hospitaal	Openbaar	
	Gefusioneerd 01.09.2000		
	Kortrijk, algemeen ziekenhuis groeninge	Privaat	
	vanaf 01.01.2003 is het CIV- nummer gewijzigd in 015 i.p.v. 016		
10	Roeselare, Heilig Hart Ziekenhuis vzw	Privaat	
	Menen, Algemeen Ziekenhuis	Privaat	
	Gefusioneerd 01.07.2001		
	Roeselare, Heilig Hart Ziekenhuis vzw	Privaat	
11	Roeselare, Stedelijk Ziekenhuis	Openbaar (OCMW)	
	Kortemark, Verpleegtehuis Godtsvelde	Privaat (Vzw)	
	Overname op 01/01/2009		
	Roeselare, Stedelijk Ziekenhuis	Openbaar (OCMW)	
12	Brugge, Algemeen Ziekenhuis St.-Jan	Openbaar (AV)	
	Oostende, Henri Serruys Ziekenhuis	Openbaar (AV)	
	Gefusioneerd op 30/06/2009		
	Brugge, AZ St.-Jan Brugge-Oostende	Openbaar (AV)	

Bron: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

tussen werk en privé. Dit is ook een reden waarom ziekenhuizen fuseren. Men kan immers enkel een goede sociale context aanbieden aan specialisten als er in het ziekenhuis voldoende van dezelfde soort zijn. In een groter ziekenhuis kan men tot afspraken komen die een veel beter sociaal leven garanderen, veel meer dan in de kleinere entiteiten."

Zijn er ook economische voordelen aan een fusie?

Deleu: "Uiteraard, dat zijn die schaalvoordelen waarover ik sprak. Door bijvoorbeeld vier ziekenhuizen met elk een apotheek en een magazijnfunctie samen te brengen, is het mogelijk om alles veel efficiënter te organiseren. Als ziekenhuizen naar een grotere schaal evolueren, kunnen ze de meerwaarde die ontstaat door die schaalvoordelen herinvesteren in kwaliteitsverhogende maatregelen. De gefuseerde ziekenhuizen kunnen daardoor in alle opzichten de lat hoger leggen. Eén van de kwaliteitsverhogende elementen is dat je over een groep specialisten beschikt die multi- en interdisciplinair gaan samenwerken."

Werken ziekenhuizen ook samen met andere ziekenhuizen?

Deleu: "De grote ziekenhuizen doen heel veel moeite om samen te werken. Ze kunnen ook vaak niet anders. Op topniveau de volledige waaier van geneeskundige specialiteiten aanbieden in één ziekenhuis zal in de toekomst niet meer mogelijk zijn. Men zal dus afspraken moeten maken tussen ziekenhuizen. Kijken wie wat doet en patiënten doorsturen. Uiteraard zijn dat evenwichtsoefeningen. Wij hebben in West-Vlaanderen een associatief verband rond de PET-scan, een nucleaire toepassing voor kankerpatiënten. De enige machine in West-Vlaanderen om die scan uit te voeren, staat in het az groeninge. In eerste instantie was er een zeer nauwe samenwerking met het Heilig-Hartziekenhuis Roeselare en met Sint-Jan Brugge, maar intussen is er een volledig netwerk ontstaan rond die PET-scan. Alle artsen in de nucleaire geneeskunde van de West-Vlaamse ziekenhuizen hebben een binding met ons PET-centrum en kunnen hier hun patiënten naartoe sturen. Ondanks het belang van

die medische netwerking, blijft het ook een moeilijk gegeven. Ziekenhuizen blijven natuurlijk ook concurrenten van elkaar. De technologische mogelijkheden om nog beter aan medische netwerking te doen, zijn dan ook vaak veel groter dan de wil en de bereidheid om samen te werken. Het is een groeiproses."

Zijn er ook internationale samenwerkingsverbanden?

Deleu: "Az groeninge sloot samen met de KULeuven en de KULeuven Campus Kortrijk een internationale samenwerkingsovereenkomst af met het universitair ziekenhuis van Rijsel. Dat ziekenhuis is één van de grootste van Frankrijk. De overeenkomst houdt in dat artsen bij moeilijke onderzoeken om een tweede opinie kunnen vragen bij de topspecialist ter zake in Rijsel en omgekeerd. Hierdoor kan men de kwaliteit van de diagnostiek fors opkrikken."

Op basis van welke criteria werkt een ziekenhuis samen met het ene ziekenhuis en niet met het andere?

Deleu: "Dit is zeer artsgebonden. Als artsen bijvoorbeeld hun opleiding gehad hebben in Leuven of in Gent en ze moeten doorverwijzen naar nog meer gespecialiseerde entiteiten, is het niet onlogisch dat ze de patiënt doorsturen naar de universiteit waar ze zelf studeerden. De collega's waarmee zij opgeleid zijn, zijn vaak de proffen van nu. Het is een vertrouwenskwestie. Je moet als directie een kader creëren, maar je mag aan een arts niet gaan opleggen met wie hij moet samenwerken. Hij moet daar zelf zijn keuze in maken want hij is verantwoordelijk voor de patiënt, niet de directeur van het ziekenhuis. Door de fusies is de noodzaak om door te verwijzen wel verminderd."

Denkt u dat er in de toekomst nog meer fusies zullen volgen? Wat zal er gebeuren met de kleinere ziekenhuizen?

Deleu: "De kleine ziekenhuizen proberen zich natuurlijk te handhaven. Ze zullen waarschijnlijk moeten evolueren naar meer nicheziekenhuizen die in één of twee bepaalde facetten van de geneeskunde beter zijn dan de grote ziekenhuizen. Dit zal niet makkelijk zijn. Cruciaal wordt het gevecht

voor goede artsen. Het is zoals in het voetbal waar men de beste spelers van elkaar afkoopt." ■

Samenvatting

Onder impuls van de overheid, die streefde naar schaalvergroting en kostenverlaging, kende het aantal ziekenhuizen in België de afgelopen 20 jaar een sterke daling. Bepaalde ziekenhuizen stopten, anderen fuseerden. Een aantal evoluties die in diezelfde periode plaatsvonden, zorgden ervoor dat fuseren nog aantrekkelijker en zelfs noodzakelijk werd. Voorbeelden zijn de vooruitgang in de technologie en een grotere nood aan specialisatie, zowel bij artsen als bij verpleegkundigen. De voordelen die uit fusies voortvloeien zijn velerlei. Schaalvoordelen leiden tot een betere kwaliteit van de dienstverlening, maar ook het sociaal leven van artsen en verpleegkundigen gaat erop vooruit.

Al worden ziekenhuizen steeds groter, toch kunnen ze niet de volledige waaier aan diensten blijven aanbieden. Zeker niet op topniveau. Ze zien zich daarom genooddacht om samen te werken: binnen West-Vlaanderen, nationaal en zelfs internationaal. De keuze met wie wordt samengewerkt is zeer artsgebonden. Kleinere ziekenhuizen zullen zich in de toekomst verder moeten specialiseren om hun positie te kunnen handhaven. De strijd om de beste artsen is hierbij cruciaal.

U kunt dit artikel ook downloaden via: www.wes.be/publicaties

A photograph of two surgeons in an operating room. They are wearing green scrubs, surgical masks, and caps. They are focused on a patient lying on the operating table. The room is dimly lit, with bright surgical lights overhead. Medical equipment and monitors are visible in the background.

Specialisatie genereert steeds beter medische zorgen

dr. Marie Van Looveren • sociaaleconomisch beleid, WES

De medische wetenschap en de medische praktijk staan niet stil. Voortdurend worden er nieuwe technieken en nieuwe instrumenten ontwikkeld en de wetenschap ontrafelt steeds meer geheimen van het menselijk lichaam. Ook West-Vlaamse artsen spelen een pioniersrol in bepaalde medische disciplines.

De vier West-Vlaamse artsen die in dit artikel centraal staan, nemen met hun discipline een unieke positie in het medische landschap in West-Vlaanderen in. We hadden met elk van hen een gesprek over de oorsprong en de groei van hun specialisatie, de belangrijke rol en de steun van het ziekenhuis en de ambitie om de levenskwaliteit van elke patiënt te verhogen.

Wie, wat, waar?

Dr. Dillemans (AZ Sint-Jan Brugge-Oostende, Brugge) begon zijn medische carrière als algemeen chirurg maar spitste zich in de loop der jaren meer en meer toe op obesitaschirurgie. Onder stimulans van het ziekenhuis focussen verschillende algemene chirurgen zich op een bepaald aspect van het menselijk lichaam. Dr. Dillemans specialiseerde zich in het bovenste gedeelte van het gastrointestinaal stelsel (slokdarm en maag) waardoor hij steeds meer in aanraking kwam met de obesitasproblematiek. Obesitasheelkunde is een vrij nieuwe medische specialiteit die zich ontwikkelde vanuit de vaststelling dat de klassieke benadering van obesitas waarbij diëten en sporten centraal staan, niet voor alle patiënten het gewenste effect gaf. Door de grote vraag naar obesitasheelkunde kon dr. Dillemans zich al snel volledig toeleggen op deze subdiscipline. Hij verfijnde en standaardiseerde de techniek om een gastrische bypass uit te voeren door aan elke arts of verpleegkundige die betrokken is bij de operatie een zeer specifieke rol toe te kennen. Door deze standaardisatie nam de duur van de ingreep sterk af en nam men ook een sterke daling van het risico op complicaties en postoperatieve mortaliteit waar.

Dr. Deloore (AZ Damiaan, Oostende) specialiseerde zich als orthopedisch chirurg in de heup- en rugchirurgie. In 2007 kwam hij in contact met een nieuwe methode voor het plaatsen van nieuwe heupen. Doordat de incisie aan de voorkant van de heup gebeurt, spaart men bij deze techniek alle pezen en spieren die men bij een klassieke heupoperatie zou raken of doorsnijden. De patiënt wordt vastgemaakt op een speciale operatietafel die in alle richtingen kan bewegen wat de toegang tot het heupgewricht voor de arts sterk vereenvoudigt.

Het voordeel van dit type operaties is dat patiënten sneller en met minder pijn revalideren. Bovendien wordt zo ook de duur van de hospitalisatie ingekort zonder in te boeten op de mobiliteit van de patiënt bij zijn ontslag.

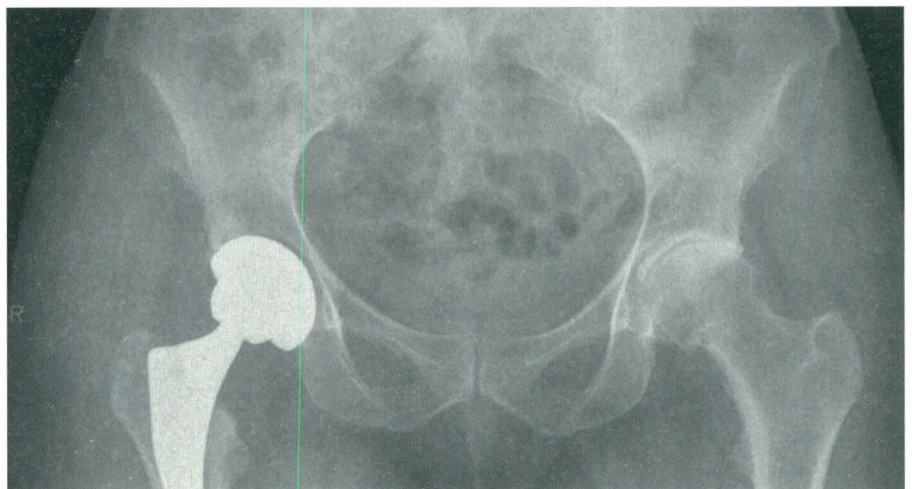
Prof. Dr. Maes (az groeninge en KULAK, Kortrijk) is medisch coördinator van het PET-centrum, een centrum dat ontstond uit een samenwerking tussen drie ziekenhuizen: Heilig Hart Roeselare-Menen, Sint-Jan Brugge-Oostende en az groeninge Kortrijk. Het West-Vlaamse PET-centrum is één van de 13 erkende centra in België en investeerde als één van de eerste centra in een scan die de PET- en CT-scan combineert. De PET (positron emissie tomografie) geeft na inname van een radioactief gemerkt suikeranalogoog op een uiterst gedetailleerde manier weer waar er abnormale celactiviteit is terwijl de CT (computed tomografie) perfect de anatomische structuur van het lichaam weergeeft. De combinatie van beide beelden laat de artsen toe om nauwkeurig te bepalen waar zich precies in het lichaam kankers bevinden. Het apparaat wordt bovendien niet alleen gebruikt voor de diagnose en de evaluatie van kanker, maar ook voor de opvolging van de gegeven therapie. Via de PET/CT-scan kan men namelijk ook vaak vaststellen of de activiteit van de kankercellen al dan niet afneemt na een behandeling. Op basis van de resultaten kan de behandelende arts de behandeling dan eventueel aanpassen.

Dr. Deruyter (Heilig Hart, Roeselare) is neurochirurg in het Heilig Hartziekenhuis

van Roeselare. Dit ziekenhuis beschikt over de grootste afdeling neurochirurgie in West-Vlaanderen, een medisch specialisme dat zich bezighoudt met operaties aan de hersenen, het ruggenmerg en het zenuwstelsel. De afdeling neurochirurgie voert zo'n 2.000 operaties per jaar uit binnen diverse domeinen en specialiseerde zich in het bijzonder in de zogenaamde functionele neurochirurgie die bepaalde functiestoornissen via elektrische stimulatie van de hersenen aanpakt. Via deze stimulatie verminderen de symptomen van aandoeningen zoals Parkinson en epilepsie en in de toekomst ook depressiviteit. De techniek ontstond vanuit de behandeling van pijnen die op een andere manier moeilijk te bestrijden waren en is uitgebreid naar andere aandoeningen waarvoor men de oorzaak in de hersenen kan vinden. Grote voordelen van deze techniek zijn de omkeerbaarheid van het proces, het feit dat de elektrostimulatie geen letsels toebrengt aan de hersenen en de gedeeltelijke of soms zelfs volledige afname van het medicatiegebruik.

Specialisatie loont

De vier artsen zijn het ondanks hun uiteenlopende achtergronden roerend eens over een aantal zaken. Zo stellen ze unaniem dat de Belgische geneeskunde en de geneeskundige zorgen in ons land tot de wereldtop behoren. De wachtlijsten zijn - zeker in vergelijking met andere landen - erg kort, de kostprijs voor de patiënt is voor de meeste ingrepen eerder laag en bovendien beschikt België over grote kwaliteit en kwantiteit aan artsen. Het grote



aanbod aan artsen in ons land zorgt ervoor dat artsen-specialisten elkaar blijven stimuleren om een eigen plaats te verwerven in het druk bezette medische landschap.

Een doorgedreven medische specialisatie draagt bij tot kwaliteitsverhogende zorg. Een arts die zich specialiseert, wordt immers steeds beter in zijn vakgebied. Logisch, want wanneer je voortdurend dezelfde operaties of ingrepen uitvoert, krijg je de techniek steeds beter onder de knie waardoor het risico op fouten ook vermindert.

Deze vormen van medische specialisatie zijn echter enkel mogelijk wanneer de artsen binnen hun ziekenhuizen voldoende steun krijgen. En dat is niet steeds evident. Medische innovaties gaan immers meestal hand in hand met zware investeringen. Het is dus vaak afwegen of zo'n investering wel de moeite waard is. En net zoals de meeste bedrijven houden ziekenhuizen ook rekening met de toekomstige (voorzien) opbrengsten. Bij gespecialiseerde behandelingen richten ziekenhuizen zich daarom vaak niet enkel op de lokale bevolking maar wel op een bredere subregionale doelgroep. Gespecialiseerde medische zorg kan immers bijkomende patiënten aantrekken waardoor de investeringen beter benut worden en de technieken nog beter beheerst.

Bepaalde instrumenten zoals de PET/CT-scan zijn echter gelimiteerd in gebruik. De scan wordt momenteel al in een optimale bezetting gebruikt zodat uitbreiding naar

meer patiënten niet meer mogelijk is. De PET-scan in Kortrijk is momenteel de enige in zijn soort in West-Vlaanderen. Het ziekenhuis richt zich dan ook vooral op de West-Vlaamse populatie, al komen er in beperkte mate ook patiënten uit de regio's Doornik en Moeskroen op af.

Het gebruik van de operatietafel voor de heupoperaties kan wel nog uitgebreid worden. Dit kan echter enkel wanneer er meer chirurgen zijn die de gehanteerde operatietechniek kunnen toepassen. Om dit te bereiken, wordt momenteel gezocht naar opleidingsmogelijkheden om de artsen voldoende kennis en ervaring bij te brengen. Men hoopt zo de operatietafel zo snel mogelijk optimaal te kunnen inzetten.

De standaardisatie van de gastrische bypassoperatie zorgde voor veel bijkomende binnenlandse en buitenlandse patiënten voor het Sint-Jan ziekenhuis. Zo'n 60% van de patiënten die een dergelijke operatie ondergaat, is Belg, de overige 40% komt uit het buitenland en dan voornamelijk uit Groot-Brittannië, Nederland, Denemarken en Noorwegen.

Patiënt staat centraal

Het zijn dan wel verschillende disciplines die hier aan bod komen, de drijfveer achter de medische innovaties is voor elke arts dezelfde: het verbeteren van de levenskwaliteit en het verminderen van het lijden van de patiënt.

Bij obesitaschirurgie kan men stellen dat het gaat om een levensveranderende in-

greep. De obese patiënt bereikt na de operatie meestal een medisch en sociaal aanvaardbaar gewicht waardoor de algemene levenskwaliteit en het zelfbeeld van de patiënt sterk verbeteren. Het behandelen van obesitas heeft bovendien een belangrijk effect op de kost van de toekomstige gezondheidszorgen. Obesitas brengt vaak een verhoogde kans op hartziekten en hartfalen met zich mee. Na de bypassoperatie vermindert deze kans waardoor er minder druk ligt op de uitgaven van de ziekteverzekering.

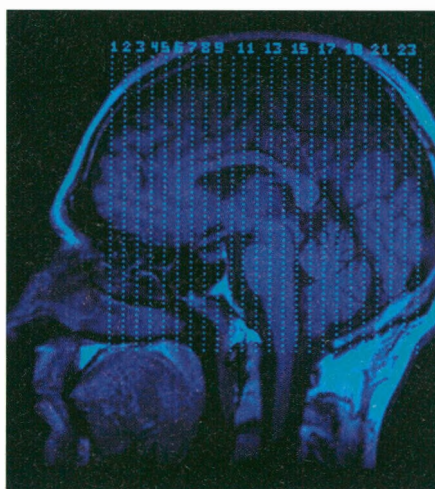
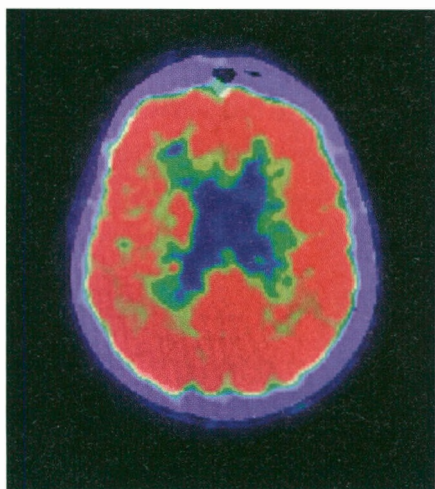
Dankzij de nieuwe techniek voor heupoperaties revalideert de patiënt veel sneller. De revalidatie gaat bovendien gepaard met minder pijn waardoor de patiënt ook minder pijnstillers moet innemen.

Zoals reeds eerder in dit artikel vermeld, zorgt de PET-scan ervoor dat de diagnose, de positionering en de opvolging van kankers nauwkeuriger kan gebeuren en kunnen artsen ook sneller ingrijpen wanneer een behandeling niet blijkt aan te slaan.

Elektrostimulatie, tot slot, vertraagt de symptomen van een ziekte als Parkinson waardoor de patiënt langer in zijn vertrouwde omgeving kan blijven functioneren. Bovendien zorgt een neurologische behandeling er vaak voor dat patiënten hun dure medicatie kunnen afbouwen of zelfs stopzetten. ■

Samenvatting

De vier specialisten die in dit artikel aan het woord waren, zochten elk binnen hun eigen discipline een bepaalde niche op waarin ze tot de Belgische en vaak ook tot de wereldtop behoren. Ondanks het feit dat de medische innovatie en specialisatie heel wat bijkomende voordelen genereren, blijft de belangrijkste motivatie voor de artsen steeds het bevorderen van de levenskwaliteit van de patiënt en dit in de meest brede betekenis van het begrip.



U kunt dit artikel ook downloaden via: www.wes.be/publicaties



Het Zeepreventorium

Lieselot Denorme • sociaaleconomisch beleid, WES

Middenin de duinen in de Haan ligt het Zeepreventorium, een revalidatiecentrum voor chronisch zieke kinderen. Het Zeepreventorium is nationaal en internationaal erkend voor het innoveren van ademhalingstherapieën en het bestrijden van obesitas en endocrinologische aandoeningen. Kinderen die er residentieel verblijven, kunnen er bovendien schoollopen in het Nederlands en het Frans.

We spraken er met gedelegeerd directeur Rudi Reyntjens, hoofdarts Hilde Franckx, dokter Patrick Debode en de coördinator van het obesitasteam An Tanghe.

Van sanatorium tot multidisciplinair centrum

Het Zeepreventorium opende haar deuren in 1925. Het werd oorspronkelijk gebouwd als sanatorium aangezien de zuivere zee-lucht ideaal was voor de behandeling van tuberculosepatiënten. Toen men de ziekte in de jaren 50 via juiste medicatie wat onder controle had en de medische wereld een steeds beter zicht kreeg op allergieën, vormde dokter Fernand Alexander het sanatorium om tot een allergie- en astma-centrum. Ondertussen worden er kinderen met alle mogelijke chronische aandoeningen behandeld en kunnen ook volwassen mucoviscidosepatiënten in het centrum terecht.

Dr. Franckx: "We richten ons in hoofdzaak op kinderen met een chronische ziekte. Dat kunnen kinderen zijn met astma of andere luchtwegenproblemen, kinderen met eczeem, zwaarlijvige kinderen, noem maar op. Sinds twee jaar kunnen hier ook brandwondenpatiëntjes terecht voor een gepaste revalidatie."

De meeste kinderen verblijven - afhankelijk van de aandoening - gedurende een korte of langere periode in het centrum. Ze leren er hoe ze het best kunnen omgaan met hun chronische ziekte en hoe ze de behandeling zo goed mogelijk kunnen inpassen in hun normale leven.

Dr. Franckx: "Ook volwassen mucopatiënten komen naar het Zeepreventorium, vaak ter voorbereiding van een bilaterale longtransplantatie. Tussen de verschillende therapiemomenten bieden we hen een zo menswaardig mogelijk leven aan, wetende dat ze terminaal zijn. We proberen hen ook de moed te geven om door te gaan, wat soms niet evident is als je weet welke inspanningen ze soms moeten leveren om in leven te blijven. Sommige mensen willen ook geen transplant. Zij komen om comfortredenen."

Pionier in autogene drainage

Het zeepreventorium verwierf internationale faam dankzij haar kinesitherapeutische behandeling van longpatiënten. Dit gebeurt via autogene drainage, een techniek waarin het Zeepreventorium pionier is.

Dr. Franckx: "Onze vorige hoofdkinesist ontwikkelde in samenwerking met de Vrije Universiteit Brussel een techniek waarbij een patiënt lucht achter de fluïmen zet, even wacht en dan heel zacht uitademt om al die fluïmen mee naar boven te brengen. Een kinesist zorgt er via druktherapieën en andere hulpmiddelen voor dat dit proces correct gebeurt. Aangezien men in Frankrijk heel weinig aandacht heeft geschonken aan het belang van een kinesist, zijn hun therapieën minder effectief. Vandaar dat wij hier ook veel Franse mucopatiënten over de vloer krijgen. Als ze dan in aanmerking komen voor een longtransplantatie vliegen ze snel over van Wevelgem naar Parijs om daar geopereerd te worden."

Obesitas

Vanuit de vaststelling dat veel chronisch zieke kinderen ook last hebben van overgewicht, startten Dr. Debode en Ann Tanghe in 1994 met de behandeling van obesitaspatiënten. Een relatief kleine stap voor het centrum maar aan het aantal patiënten te zien wel een noodzakelijke. In het begin behandelden de dokters 15 patiënten, nu zo'n 120. En er is een wachtlijst.

Hoe komt het dat er zo'n nood is aan een centrum als het Zeepreventorium?

Dr. Debode: "Dat heeft verschillende redenen. De laatste decennia zien we bij de bevolking een duidelijk stijging van de obesiteit. Meer dan 14% van de volwassen Belgen is obees. Bij de jongeren is dat 6%. De gevolgen van obesitas zijn op lange termijn niet te onderschatten. En dit zowel op fysisch, psychologisch als op sociaal vlak."

Mevr. Tanghe: "Die psychologische belasting is zeker niet te onderschatten. Obese kinderen worden vaak nagewezen en gepest. Ze voelen zich uitgesloten en kunnen vaak niet doen wat een ander doet. Op latere leeftijd heb je ook de economische last. Veel extreem obese mensen raken niet aan een job, blijven thuis, vervelen zich en beginnen te eten. Ze hebben toch niets anders te doen. Zo draaien ze continu rond in een negatieve vicieuze cirkel."

Kunnen die kinderen dan niet gewoon terecht bij een diëtist?

Dr. Debode: "Die kinderen en jongeren hebben thuis dikwijls al van alles geprobeerd om te vermageren en zijn daar niet in geslaagd. Hier krijgen ze in een residentieel systeem de behandeling en begeleiding om een gezond leef- en eetpatroon aan te leren en te behouden."

Mevr. Tanghe: "Voor de kinderen die hier komen, biedt de ambulante sector geen oplossing meer. Enkel wie doorverwezen wordt door een arts kan hier terecht. Mochten die kinderen enkel wat dikker zijn dan hun leeftijdsgenootjes, dan was er geen probleem. Dan bestaan er inderdaad genoeg andere oplossingen. Heel veel obese jongeren, maar ook jongeren met een andere chronische ziekte, sleuren echter een enorme rugzak met zich mee. Ze hebben faalangst, onverwerkte trauma's, hadden te maken met school drop-out, leven in een zwakke gezinscontext, ... Onze psychologen helpen hen om ook hieraan te werken."

Dhr. Reyntjens: "Die multidisciplinaire aanpak is nu net het unieke aan het Zeepreventorium. We bieden verschillende hulpvormen aan om het kind zo goed mogelijk te laten evolueren. Ze worden niet alleen bijgestaan door dokters, ook door diëtisten, psychologen, kinesisten en opvoeders. En het blijft betaalbaar."

Mevr. Tanghe: "Die multidisciplinaire aanpak is ook nodig. Veel chronisch zieke kinderen leren mettertijd een beetje misbruik te maken van hun situatie. Zevenjarige astmapatiëntjes hebben het snel door dat hun ouders ermee inzitten dat ze een aanval zouden krijgen hoor. En dan doen ze wel al eens alsof als ze hun zin niet krijgen. Wedden dat ze dan wel krijgen wat ze willen? En dat gebeurt ook met eten. Tegen dat ze hier komen, eten ze alleen nog worst met appelmoes. Of spaghetti. Is dat de schuld van die ouders? Natuurlijk niet. Dat is daar gewoon ingeslopen. En dan kun je van ouders niet verwachten dat ze dat helemaal alleen oplossen. Je moet daar intensief mee bezig zijn. Soms zijn wij 45 minuten per dag in de weer om een patiëntje ervan te overtuigen dat hij geen excuus heeft om niet naar school, de turnles of de kinesist te gaan. Begin daar maar

eens aan als ouder die zelf gaat werken en die bovendien nog een huishouden moet runnen. Ook de ouders moeten trouwens opnieuw leren dat ze “neen” kunnen zeggen tegen hun kind.

Er kruipt veel tijd in die begeleiding maar het moet wel gebeuren. Zonder die mentaliteitswijziging is de kans heel groot dat de kinderen terugvallen in hun oude gewoontes als ze weer thuiskomen. Zij zijn dan wel veranderd, hun omgeving daarom niet. Ze gaan nog steeds naar een school waar automaten staan, ze hebben nog steeds vriendjes die mogen eten wat ze willen eten, hun ouders hebben nog steeds weinig tijd om elke dag een gezonde maaltijd op tafel te zetten of om hun kind drie keer per week naar een sportclub te sturen, ... Ze moeten leren weerbaarder te zijn.

Ben ik tijdens die begeleiding bezig met obesitas? Ja! Maar niet rechtstreeks. Het blijft dan ook belangrijk om deze arbeidsintensieve begeleiding als een fundamenteel onderdeel van de therapie te blijven (h) erkennen.”

Is het vooral dat multidisciplinaire karakter dat jullie onderscheidt van andere centra?

Dr. Franckx: “Dat, maar ook het feit dat de kinderen naar school kunnen blijven gaan, is een enorme meerwaarde. Niet alleen het educatieve aspect, ook het sociale aspect is daarin heel belangrijk.”

Directeur Reyntjens: “Kinderen kunnen hier een langere periode verblijven zonder dat ze een jaar verliezen. Dat proberen we althans zoveel mogelijk te bereiken. De therapie krijgt voorrang. Maar het schoolstelsel is erop gericht om die therapieën zo goed mogelijk op te vangen.

Het Zeepreventorium biedt een zeer ruim onderwijsaanbod aan, gaande van kleuteronderwijs tot en met secundair onderwijs. En dat zowel in het Nederlands als in het Frans. In het secundair onderwijs kunnen

de patiënten hier zowel terecht voor ASO, TSO als BSO. Een groot verschil met een ziekenhuisschool die vaak maar een beperkt programma heeft.”

Mevr. Tanghe: “Onze opvoeders trainen met hen ook op een aantal basisvaardigheden: leren winnen, leren verliezen, afstand leren nemen van thuis, ... Voor een kind dat lang weg is van huis is ook dat laatste een heel belangrijk luik. Die kinderen moeten leren dat ze ondanks hun therapie quasi normaal kunnen leven. Ze moeten sociaal zijn, buitenkomen, met vriendjes spelen. Ook al kunnen ze eens een hypo of een hyper doen. Ze moeten die angst loslaten. Ook hun ouders moe-

”

In Amerika spreekt men van een succes als 15% van de obesitaspatiënten blijvend vermagert. Bij ons ligt het slaagpercentage op 50%. - dr. Debode -

ten dat leren. Wij zijn een pediatriesch revalidatiecentrum. De woorden “pediatriesch” en “revalidatiecentrum” zijn even belangrijk in dat verhaal.”

Directeur Reyntjens: “De intensiteit van de therapie is ook heel belangrijk. Patiënten hebben soms vier uur per dag kine nodig. Geen enkele kinesist zal dit met zijn individuele praktijk willen doen. Obese jongeren zien op heel regelmatige basis een psycholoog, een arts, een kinesist, een diëtist, ... Niemand kan dat betalen als het niet in een totaalpakket gegeven wordt.”

Kosten
En hoe komt het dat dit nu wel betaalbaar is?

Directeur Reyntjens: “We hebben een specifieke conventie met het RIZIV waardoor je ons niet kan vergelijken met een klassiek revalidatiecentrum dat op no-menclatuur werkt. We werken met een

dagprijs die, net zoals in een gewoon ziekenhuis, betaald wordt door het RIZIV. Alles zit vervat in die dagprijs, gaande van de lonen van het personeel over voeding tot de medische apparatuur. De ouders betalen enkel het remgeld voor de opname van hun kind, zijnde iets meer dan vijf euro per dag.”

En die prijs is dezelfde voor iedereen?

Directeur Reyntjens: “Inderdaad. Maar we moeten soms echt op een slappe koord balanceren. Uit ervaring blijkt dat onze ligdagprijs onvoldoende is om de reële kost van een patiënt uit de polypathologiegroep te dekken. Wat een obese patiënt betreft wordt de nood aan een geschikte omkadering onderschat. Een betere omkadering zou ook hier de ligdagprijs omhoog sturen.

Bovendien moeten we voor een aantal specifieke ziekten en aandoeningen waar slechts een beperkt aantal patiënten aan lijden soms investeringen doen die niet echt economisch verantwoord zijn. Het is dan belangrijk om af te wegen hoe ver we gaan in die investeringen.”

Mevr. Tanghe: “Maar als je weet dat die jongeren niet meer terechtkunnen in de ambulante sector en dat er in België maar drie centra zijn die net als het Zeepreventorium een totaalpakket aanbieden, dan weet je dat wij die investeringen wel moeten doen. Ze kunnen nergens anders terecht.”

U gaf aan dat ouders “neen” moeten leren zeggen. Worden ze intensief betrokken bij de behandeling?

Mevr. Tanghe: “Zeker en vast. Op dit moment houden wij vooral telefonisch contact met de ouders of halen we ze naar het centrum. Het zou echter veel interessanter zijn, mochten onze diëtisten of sociale werkers ook eens bij hen thuis gaan. Mochten we de omgeving zien waarin die kinderen opgroeien, dan zouden we veel beter kunnen inspelen op wat er thuis

moet veranderen. Budgettair is dat echter niet mogelijk."

Dr. Debode: "Veel ouders zouden er ook deugd van hebben, mocht er af en toe eens een sociaal werkster of verpleegster met kennis van de voedingsstructuur wat advies komen geven. Maar het kan niet. Dat doorverwijfsstuk is echt een heel groot probleem. Daar zitten we echt mee in de knoei."

Wat gebeurt er nadat de patiënten het centrum verlaten hebben?

Mevr. Tange: "Dan stopt het helaas. Wij pleiten al jaren voor een goed follow-up-systeem maar op dit moment is dat er in België nog niet doorgekomen."

Hoe komt dat?

Mevr. Tanghe: "Het raakt er maar niet in dat ook de opvolging van die kinderen deel uitmaakt van hun behandeling."

Dr. Debode: "50 procent van de kinderen behoudt thuis ongeveer het gewicht dat ze hebben als ze het Zeepreventorium verlaten. 25% wordt weer wat dikker, maar

blijft binnen de normen van overgewicht. Een kwart mislukt faliekant."

Mevr. Tanghe: "Terwijl het met een goede opvolging misschien wel zou lukken. En dat is frustrerend. Je weet dat je goed werk levert maar je weet ook wat er nog tekort is."

Directeur Reyntjens: "Eén van de tekortkomingen binnen de organisatie van ons gezondheidssysteem is ook dat het preventieve losstaat van het curatieve. Het preventieve is gemeenschapsmaterie, het curatieve is federale materie. Hoewel het Zeepreventorium een curatieve instelling is, zouden we zeker ook preventief ons steentje kunnen bijdragen. Hoe minder kinderen hier opgenomen worden, hoe meer het curatieve systeem namelijk kan besparen. Jammer genoeg mogen we ons niet bezighouden met het preventieve en mogen we enkel curatief optreden (zucht)."

25% van de kinderen die hier komt, slaagt er helemaal niet in om op gewicht te blijven. Kunnen zij hier na enkele jaren nog eens terugkomen?

Dr. Debode: "Dat is een moeilijke beslissing. Pas als we ervan overtuigd zijn dat de mislukking niet veroorzaakt werd door verwaarlozing van aangeleerde structuren of tegendraadsheid mogen ze onder strikte voorwaarden voor enkele maanden terugkeren. Maar dat is heel uitzonderlijk. We zijn ons er zeer goed van bewust dat hun verblijf hier met het geld van de belastingbetaler wordt betaald." ■

► Meer informatie over het Zeepreventorium vindt u op www.zeepreventorium.be

► Wenst u het Zeepreventorium te steunen? Dat kan! Uw financiële bijdrage wordt gebruikt voor het uitbouwen van drie pijlers: de inrichting van de gebouwen en de leefomgeving van de patiënten, het organiseren van sociale projecten en het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek. Giften vanaf € 30 zijn fiscaal aftrekbaar. Meer informatie vindt u op de website van het Zeepreventorium.

► U kunt dit artikel ook downloaden via: www.wes.be/publicaties



West-vlaamse economie klimt aarzelend uit dal

Analyse van het verloop van de sociaaleconomische indicatoren en de conjunctuur in West-Vlaanderen

Nele Depestel • dienst Economie, provincie West-Vlaanderen

Nadat de economische crisis zich in het eerste en tweede kwartaal van 2009 duidelijk liet voelen, kwamen in het derde kwartaal van 2009 de eerste tekenen van herstel. Toch bleven nog heel wat sociaaleconomische indicatoren slecht evolueren.

In wat volgt vatten we de conclusies voor de geanalyseerde indicatoren samen.

De **synthetische conjunctuurcurve** voor West-Vlaanderen verbeterde onafgebroken sedert april 2009. Er waren echter kleine afnames van de recentste brutowaarden. Toekomstige waarnemingen zullen uitwijzen of dit slechts een adempauze is in de conjuncturele verbetering, dan wel de aankondiging van een nieuwe verzwakking.

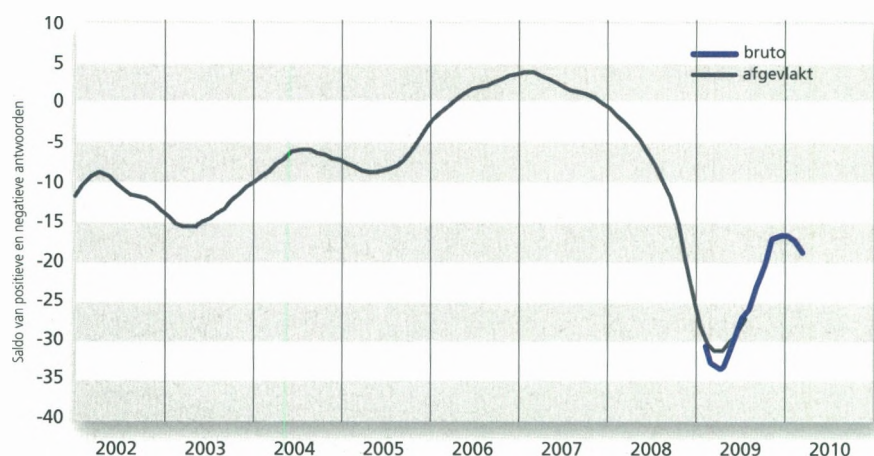
Een belangrijke indicator van het producentenvertrouwen evolueerde begin 2010 niet slecht. Er waren in januari minder **faillissementen** op jaarbasis in West-Vlaanderen en er gingen ook minder **jobs verloren** als gevolg van faillissementen.

Deze indicator houdt echter geen rekening met een andere bron van jobverlies, namelijk reorganisaties of sluitingen.

Van de andere indicatoren van het producentenvertrouwen zijn nog geen cijfers voor 2010 beschikbaar. De **tijdelijke werkloosheid** steeg enorm in 2009, maar de toenames op jaarbasis werden in de loop van 2009 geleidelijk kleiner. Cijfers tot en met oktober 2009 tonen aanzienlij-

ke afnames van de **omzet, investeringen en uitvoer** van de grote ondernemingen met zetel in West-Vlaanderen. Bij deze indicator is er geen sprake van een verbetering in de loop van 2009, misschien brengen de cijfers van november en december daar verandering in. Op Vlaams niveau zijn namelijk al cijfers bekend van november 2009 en die tonen een duidelijke verkleining van de afname op jaarbasis van omzet en uitvoer.

Figuur 1
Synthetische conjunctuurcurve voor West-Vlaanderen



Bron: NBB, verwerking: dienst Economie, provincie West-Vlaanderen

Bij de arbeidsmarktindicatoren zien we nog altijd negatieve evoluties, maar de omvang ervan wordt elke maand kleiner. In januari 2010 waren er toenames van de **totale werkloosheid** en de **jeugdwerkloosheid**, maar de toenames waren beperkter dan deze in de loop van 2009. Het aandeel van de jeugdwerklozen steeg bovendien heel weinig ten opzichte van januari 2009 in West-Vlaanderen en bleef in het Vlaamse Gewest zelfs status-quo. Dit lijkt gunstig omdat het aantal jeugdwerklozen in periodes van laagconjunctuur traditioneel sterker stijgt dan het totale aantal werklozen, met een toename van het aandeel jeugdwerklozen tot gevolg. In januari 2010 trok ook de **vacaturemarkt** weer aan in West-Vlaanderen. De VDAB ontving meer werkaanbiedingen dan in januari 2009 en er stonden ook

meer werkaanbiedingen open op het einde van de maand. Het jobaanbod voor de werkzoekenden wordt dus groter.

Ten slotte analyseerden we ook verschillende indicatoren die het consumentenvertrouwen weerspiegelen. De statistiek van de **vergunde en de begonnen woningen** evolueerde ongunstig in 2009. Van deze statistiek ontbreken echter voorlopig nog de cijfers van november en december, wat ook het geval is voor de **omzet in de kleinhandel**. Het recentst beschikbare cijfer van deze laatste indicator, dat van oktober 2009, verbeterde wel lichtjes op jaarbasis, wat hoopvol is. Tot slot zijn er nog de **inschrijvingen van nieuwe personenwagens**. In januari 2010 was er een toename van het aantal inschrijvingen op jaarbasis. Het aantal bleef wel nog altijd

een stuk lager dan in januari van het vorige salonjaar 2008.■

De volledige analyse kunt u terugvinden op de website www.west-vlaanderen.be/economie.

Voor meer informatie kunt u contact nemen met Nele Depestel via nele.depestel@west-vlaanderen.be of 050 40 73 51.

burocenter
organising your office

Op zoek naar kantooroplossingen?

print & copy furniture informatics



Bezoek onze toonzaal:

Lieven Bauwensstraat 15
8200 Brugge

open elke werkdag:
8u45 - 12u00 & 13u30 - 17u30
(vrijdag tot 17u)

www.burocenter.be

Tewerkstelling in de medische sector

Lieselot Denorme • sociaaleconomisch beleid, WES

De rubriek 'sector in de kijker' gaf u reeds een algemeen beeld van de medische sector in West-Vlaanderen. In deze regioscan zoomen we iets dieper in op de resultaten en nemen we de tewerkstelling en het aantal instellingen per West-Vlaamse gemeente onder de loep.

We bakenen de medische sector af volgens de klassen die ook de studiedienst van de Vlaamse regering gebruikt. Volgende activiteitstakken komen in dit artikel aan bod:

- 24.4 Vervaardiging van farmaceutische producten en van chemische en botanische producten voor medisch gebruik
- 33.1 Vervaardiging van medische apparatuur en instrumenten en van orthopedische artikelen
- 52.3 Detailhandel in farmaceutische en medische artikelen, reukwerk en cosmetica
- 85.1 Gezondheidszorg

Bij de cijfers over de bezoldigde tewerkstelling en over het aantal instellingen wordt de detailhandel in reukwerk en cosmetica niet in rekening gebracht.

Aantal vestigingen

West-Vlaanderen telde in 2007 in totaal 1.328 medische vestigingen. Dit zijn er 40 minder dan in 2000 (-3%). De trend naar schaalvergroting en de verschillende fusiebewegingen (zie artikel op blz. 23) zijn daar zeker niet vreemd aan. De grootste procentuele daling stellen we vast in het arrondissement Diksmuide (-13,3%) en dan voornamelijk in de gemeenten Diksmuide en Houthulst. Diksmuide telde in 2007 zes medische vestigingen minder dan in 2000 (-26%), Houthulst telt er drie minder (-3%). Wanneer we naar de absolute cijfers kijken, zien we dat vooral de arrondissementen Ieper en Oostende een daling van het aantal medische vestigingen kenden. Wat het arrondissement Ieper betreft, merken we vooral in de stad Ieper zelf een daling van het aantal vestigingen (-18 vestigingen) op. Ook in het arrondissement Oostende is het de stad Oostende zelf die

de grootste daling van het aantal medische vestigingen kende (-20). In De Haan en Ichtegem, twee andere gemeenten uit het arrondissement Oostende, zien we dan weer een stijging van respectievelijk zeven en vier vestigingen. De stad Kortrijk moet het sinds 2000 met 18 medische inrichtingen minder doen. Desondanks blijft Kortrijk één van de drie gemeenten met meer dan 100 medische instellingen (110). Ook Roeselare heeft er 110, Brugge is koploper met 190.

Kaart 1 toont het aantal medische inrichtingen in 2007.

Tewerkstelling

Bekijken we vervolgens de tewerkstelling binnen de medische sector, dan zien we dat de provincie West-Vlaanderen in 2007 31.464 mensen tewerkstelde. Dit is een stijging van 14,3% ten opzichte van 2000. Zo'n 25.700 personen waren actief in loondienst, de rest voerde een zelfstandige activiteit uit. De overgrote meerderheid was actief in de gezondheidssector: 24.200 personen of maar liefst 94% van de totale tewerkstelling in de medische sector.

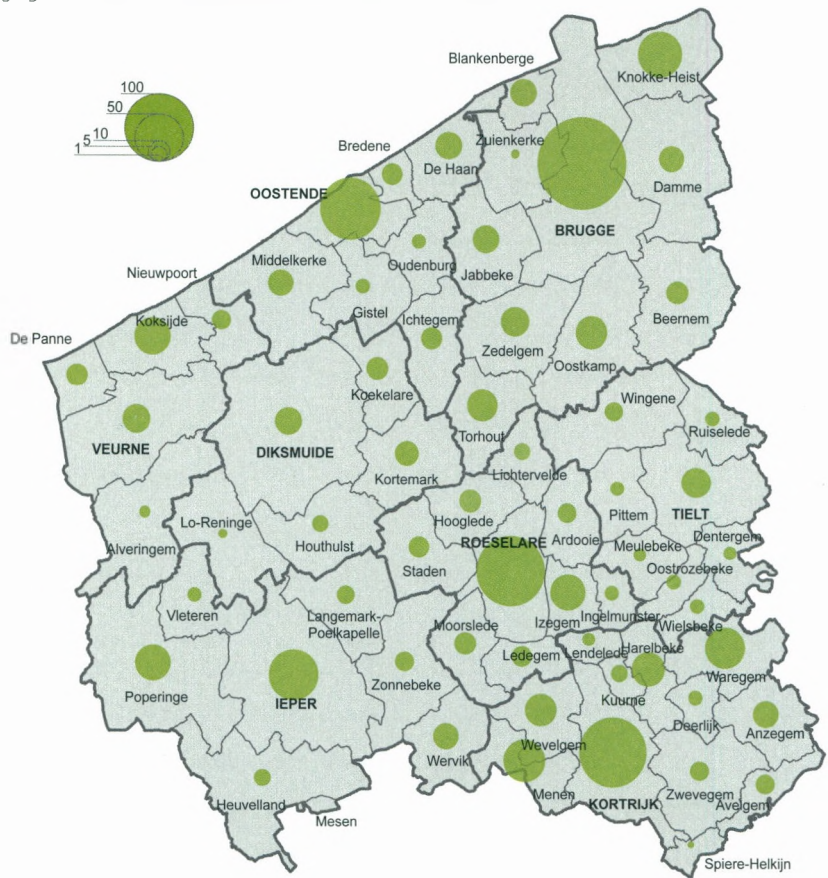
Wat de **loontrekkende tewerkstelling** betreft, zien we een concentratie van tewerkstelling in de gemeenten Brugge (5.793 werknemers), Kortrijk (3.632 werknemers), Roeselare (3.358 werknemers), Oostende (2.475 werknemers) en Ieper (1.326 werknemers). Een logische vaststelling daar dit de gemeenten zijn met de meeste medische inrichtingen. Deze vijf gemeenten kenden bovendien een stijging van de bezoldigde tewerkstelling in de medische sector ten opzichte van 2000. In absolute cijfers zorgden de gemeenten Roeselare, Brugge en Kortrijk voor de

grootste bezoldigde tewerkstellingsboost. De medische instellingen in deze gemeenten stelden in 2007 respectievelijk 894, 713 en 674 mensen meer tewerk dan in 2000. De tegenovergestelde tendens zag men dan weer voornamelijk in Izegem, Wervik en Poperinge, waar men in dezelfde periode een daling van respectievelijk 80, 64 en 52 arbeidsplaatsen noteerde. Meseen heeft geen enkele medische instelling en aldus ook geen bezoldigde tewerkstellingsplaatsen in de medische sector (zie **tabel 1**).

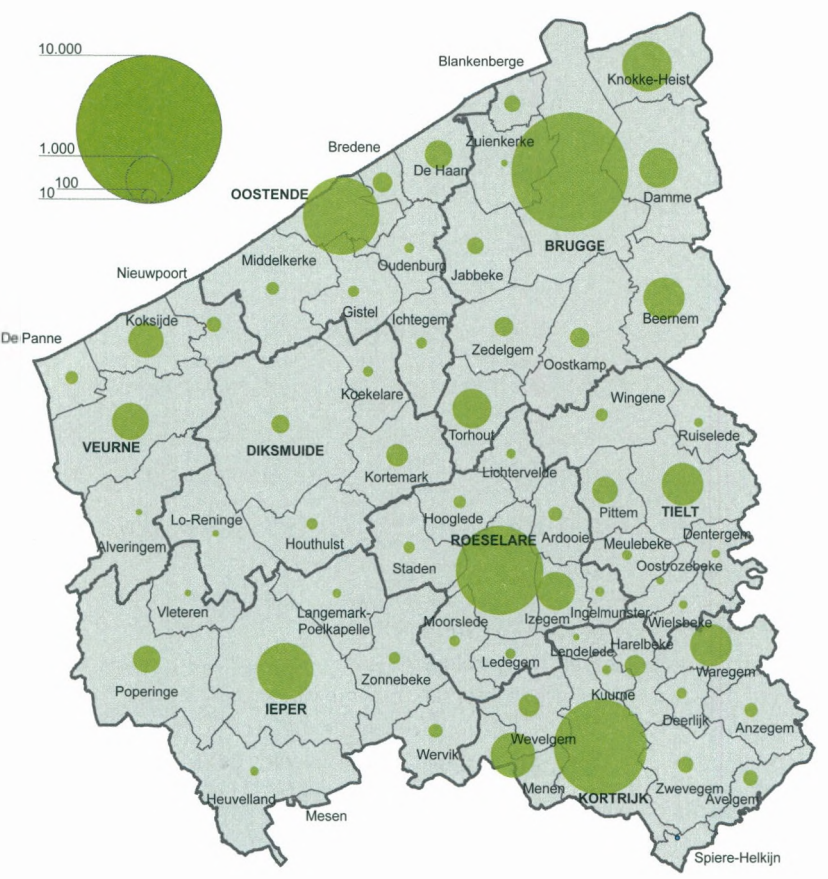
Ook bij het aantal **zelfstandigen en helpers** zien we duidelijke concentraties in bepaalde gemeenten. In vijf gemeenten voeren meer dan 250 personen een zelfstandige medische activiteit uit. Het gaat om de gemeenten Brugge (743 zelfstandigen), Kortrijk (515 zelfstandigen), Knokke-Heist (355 zelfstandigen), Oostende (315 zelfstandigen) en Roeselare (289 zelfstandigen). In Meseen is er geen enkele zelfstandige actief in de medische sector. Wanneer we de evolutie ten opzichte van 2000 bekijken, zien we dat er vooral zelfstandigen bijgekomen zijn in Knokke-Heist (+73), Koksijde (+40) en Brugge (+32). In Poperinge (-20) en Oostende (-12) zien we de grootste daling van het aantal zelfstandigen actief in de medische sector (zie **tabel 2**).

Kaart 2 geeft op een visuele manier de totale tewerkstelling in de verschillende gemeenten weer. ■

Kaart 1
Spreiding van het aantal vestigingen in de medische sector in West-Vlaanderen in 2007



Kaart 2
Spreiding van de tewerkstelling in de medische sector in West-Vlaanderen in 2007



Tabel 1

Aantal bezoldigden in de medische sector, gemeenten van West-Vlaanderen, Vlaams Gewest en Rijk, 30/06/2000 en 31/12/2007.

Subsector →	24.4		33.1		52.3 excl. 52.330		85.1		Eindtotaal		
Gemeente	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	Evolutie 2000-2007 (in %)
Beernem	0	0	0	0	25	37	679	710	704	747	6,1
Blankenberge	0	0	3	0	22	22	89	44	114	66	-42,1
Brugge	8	0	50	76	116	135	4.906	5.582	5.080	5.793	14,0
Damme	0	0	0	0	11	9	493	650	504	659	30,8
Jabbeke	0	0	0	0	12	14	31	31	43	45	4,7
Knokke-Heist	0	0	7	0	39	38	647	780	693	818	18,0
Oostkamp	2	14	18	26	17	20	11	19	48	79	64,6
Torhout	0	0	6	5	14	11	519	618	539	634	17,6
Zedelgem	0	0	1	1	18	13	62	69	81	83	2,5
Zuilenkerke	0	0	0	0	12	2	5	8	17	10	-41,2
Arrondissement Brugge	10	14	85	108	286	301	7.442	8.511	7.823	8.934	14,2
Diksmuide	0	0	0	1	12	15	88	90	100	106	6,0
Houthulst	0	0	0	0	15	6	11	16	26	22	-15,4
Koekelare	0	0	0	0	5	3	17	22	22	25	13,6
Kortemark	0	0	0	0	5	10	143	175	148	185	25,0
Lo-Reninge	0	0	0	0	4	4	0	1	4	5	25,0
Arrondissement Diksmuide	0	0	0	1	41	38	259	304	300	343	14,3
Heuvelland	0	0	0	0	3	7	8	11	11	18	63,6
Ieper	0	0	2	3	27	50	1.180	1.273	1.209	1.326	9,7
Langemark-Poelkapelle	0	0	0	0	7	7	3	7	10	14	40,0
Mesen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Poperinge	3	4	0	0	11	18	338	278	352	300	-14,8
Vleteren	0	0	0	0	2	2	4	7	6	9	50,0
Wervik	0	0	0	0	13	17	81	13	94	30	-68,1
Zonnebeke	0	0	0	0	9	8	13	7	22	15	-31,8
Arrondissement Ieper	3	4	2	3	72	109	1.627	1.596	1.704	1.712	0,5
Anzegem	0	0	2	4	9	9	8	12	19	25	31,6
Avelgem	0	0	0	0	3	5	42	66	45	71	57,8
Deerlijk	0	0	0	0	2	5	2	1	4	6	50,0
Harelbeke	0	0	3	7	14	16	75	100	92	123	33,7
Kortrijk	0	0	6	23	116	148	2.836	3.461	2.958	3.632	22,8
Kuurne	0	0	0	1	8	7	0	2	8	10	25,0
Lendelede	0	0	0	0	1	2	3	3	4	5	25,0
Menen	0	0	2	3	30	32	677	769	709	804	13,4
Spiere-Helkijn	0	0	0	0	6	3	0	0	6	3	-50,0
Waregem	0	0	8	20	20	30	540	645	568	695	22,4
Wevelgem	58	53	4	3	15	14	16	23	93	93	0,0
Zwevegem	0	0	2	0	12	13	11	5	25	18	-28,0
Arrondissement Kortrijk	58	53	27	61	236	284	4.210	5.087	4.531	5.485	21,1
Bredene	0	0	0	0	10	6	4	138	14	144	928,6
De Haan	0	0	0	0	15	13	205	262	220	275	25,0
Gistel	0	0	0	0	6	6	11	6	17	12	-29,4
Ichtegem	0	0	0	1	9	11	2	5	11	17	54,5
Middelkerke	0	0	0	0	17	15	10	8	27	23	-14,8
Oostende	0	0	1	45	111	104	2.148	2.326	2.260	2.475	9,5
Oudenburg	0	0	0	0	8	8	5	2	13	10	-23,1
Arrondissement Oostende	0	0	1	46	176	163	2.385	2.747	2.562	2.956	15,4
Hooglede	0	0	5	8	6	8	4	8	15	24	60,0
Ingelmunster	0	0	0	0	5	8	4	7	9	15	66,7
Izegem	0	3	2	14	19	29	633	528	654	574	-12,2
Ledegem	0	0	0	0	6	9	5	8	11	17	54,5
Lichtervelde	0	0	0	0	5	4	16	8	21	12	-42,9
Moorslede	0	0	1	2	5	8	5	12	11	22	100,0
Roeselare	0	0	5	5	63	90	2.396	3.263	2.464	3.358	36,3
Staden	0	0	0	0	6	10	10	11	16	21	31,3
Arrondissement Roeselare	0	3	13	29	115	166	3.073	3.845	3.201	4.043	26,3
Ardooie	0	0	0	0	8	16	29	42	37	58	56,8
Dentergem	0	0	0	0	6	8	4	1	10	9	-10,0
Meulebeke	0	0	0	0	4	3	7	2	11	5	-54,5
Oostrozebeke	0	0	0	0	6	8	1	2	7	10	42,9
Pittem	0	0	0	0	7	7	212	318	219	325	48,4
Ruiselede	0	0	0	0	1	1	0	12	1	13	1200,0
Tielt	0	0	0	0	11	13	601	714	612	727	18,8
Wielsbeke	0	0	0	0	5	5	2	3	7	8	14,3
Wingene	0	0	1	1	1	6	2	5	4	12	200,0
Arrondissement Tielt	0	0	1	1	49	67	858	1.099	908	1.167	28,5
Alveringem	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	100,0
De Panne	0	0	0	0	9	11	11	22	20	33	65,0
Koksijde	0	0	1	0	26	27	342	367	369	394	6,8
Nieuwpoort	0	0	0	0	14	5	49	58	63	63	0,0
Veurne	0	0	0	0	10	12	479	562	489	574	17,4
Arrondissement Veurne	0	0	1	0	59	55	882	1.011	942	1.066	13,2
West-Vlaanderen	71	74	130	249	1.034	1.183	20.736	24.200	21.971	25.706	17,0
Vlaams Gewest	7.340	9.692	1.915	2.193	5.103	6.085	98.860	115.835	113.218	133.805	18,2
Rijk	16.663	23.043	2.924	3.638	11.800	13.635	180.545	211.354	211.932	251.670	18,8

BRON: RSZ, verwerking Dienst Economie provincie West-Vlaanderen en WES

Tabel 2

Aantal zelfstandigen en helpers (exclusief zelfstandigen in bijberoep) in de medische sector, gemeenten van West-Vlaanderen, Vlaams Gewest en Rijk, 31/12/2000 - 31/12/2007.

Subsector →	24.4		33.1		52.3		85.1		Eindtotaal		
Gemeente	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	2000	2007	Evolutie 2000-2007 (in %)
Beernem	0	0	0	2	4	5	38	55	42	62	47,6
Blankenberge	0	0	2	2	15	9	56	58	73	69	-5,5
Brugge	0	0	16	25	76	79	619	639	711	743	4,5
Damme	0	0	3	1	5	4	56	65	64	70	9,4
Jabbeke	0	0	1	3	8	8	61	75	70	86	22,9
Knokke-Heist	0	0	4	6	49	64	229	285	282	355	25,9
Oostkamp	1	0	1	1	19	15	88	95	109	111	1,8
Torhout	0	0	2	5	10	8	82	84	94	97	3,2
Zedelgem	0	0	1	5	16	14	75	75	92	94	2,2
Zuienkerke	0	0	0	0	5	3	10	11	15	14	-6,7
Arrondissement Brugge	1	0	30	50	207	209	1.314	1.442	1.552	1.701	9,6
Diksmuide	0	0	3	2	11	8	45	44	59	54	-8,5
Houthulst	0	0	0	3	5	3	30	31	35	37	5,7
Koekelare	0	0	0	2	5	3	21	27	26	32	23,1
Kortemark	0	0	1	4	8	8	36	36	45	48	6,7
Lo-Reninge	0	0	0	0	2	2	12	13	14	15	7,1
Arrondissement Diksmuide	0	0	4	11	31	24	144	151	179	186	3,9
Heuvelland	0	0	1	0	4	3	23	16	28	19	-32,1
Ieper	0	0	5	7	23	22	178	190	206	219	6,3
Langemark-Poelkapelle	0	0	0	3	2	2	19	22	21	27	28,6
Mesen	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	-100,0
Poperinge	0	0	1	3	12	11	74	53	87	67	-23,0
Vleteren	0	0	0	1	4	4	13	10	17	15	-11,8
Wervik	0	0	1	5	7	10	56	56	64	71	10,9
Zonnebeke	0	0	1	5	3	7	37	43	41	55	34,1
Arrondissement Ieper	0	0	9	24	55	59	401	390	465	473	1,7
Anzegem	0	0	3	4	9	9	61	53	73	66	-9,6
Avelgem	0	0	1	1	9	11	28	26	38	38	0,0
Deerlijk	0	0	1	3	6	9	31	34	38	46	21,1
Harelbeke	0	0	2	3	14	16	72	73	88	92	4,5
Kortrijk	0	0	14	10	60	54	422	451	496	515	3,8
Kuurne	0	0	2	3	8	4	30	30	40	37	-7,5
Lendelede	0	0	0	1	4	2	12	16	16	19	18,8
Menen	0	0	6	10	13	15	122	106	141	131	-7,1
Spiere-Helkijn	0	0	0	0	2	4	6	4	8	8	0,0
Waregem	1	0	8	10	22	16	134	132	165	158	-4,2
Wevelgem	1	0	6	9	15	17	91	95	113	121	7,1
Zwevegem	0	0	3	4	13	12	87	91	103	107	3,9
Arrondissement Kortrijk	2	0	46	58	175	169	1.096	1.111	1.319	1.338	1,4
Bredene	0	0	0	5	8	10	38	34	46	49	6,5
De Haan	1	0	1	3	10	11	75	79	87	93	6,9
Gistel	0	0	2	3	4	7	49	39	55	49	-10,9
Ichtegem	0	0	2	4	5	5	37	38	44	47	6,8
Middelkerke	0	0	3	6	10	11	39	43	52	60	15,4
Oostende	0	0	7	6	34	33	286	276	327	315	-3,7
Oudenburg	0	0	0	1	8	7	28	29	36	37	2,8
Arrondissement Oostende	1	0	15	28	79	84	552	538	647	650	0,5
Hoogleden	0	0	0	0	4	2	46	49	50	51	2,0
Ingelmunster	0	0	2	2	7	5	28	24	37	31	-16,2
Izegem	0	0	2	6	18	15	107	103	127	124	-2,4
Ledegem	0	0	1	1	7	6	36	31	44	38	-13,6
Lichtervelde	0	0	0	0	3	1	20	32	23	33	43,5
Moorslede	0	0	5	5	4	5	30	26	39	36	-7,7
Roeselare	0	0	9	9	28	22	260	258	297	289	-2,7
Staden	0	0	1	1	6	3	35	35	42	39	-7,1
Arrondissement Roeselare	0	0	20	24	77	59	562	558	659	641	-2,7
Ardooie	0	0	1	4	3	4	35	34	39	42	7,7
Dentergem	0	0	1	2	5	7	18	22	24	31	29,2
Meulebeke	0	0	1	5	6	6	25	34	32	45	40,6
Oostrozebeke	0	0	0	2	4	4	18	19	22	25	13,6
Pittem	0	0	0	0	4	3	17	17	21	20	-4,8
Ruislede	0	0	0	0	3	6	15	17	18	23	27,8
Tielt	0	0	2	3	12	12	87	90	101	105	4,0
Wielsbeke	0	0	0	0	5	6	23	28	28	34	21,4
Wingene	0	0	3	10	6	6	39	48	48	64	33,3
Arrondissement Tielt	0	0	8	26	48	54	277	309	333	389	16,8
Alveringem	0	0	1	2	4	0	13	16	18	18	0,0
De Panne	0	0	2	4	9	9	31	33	42	46	9,5
Koksijde	0	0	4	6	27	42	133	156	164	204	24,4
Nieuwpoort	0	0	1	3	9	9	30	38	40	50	25,0
Veurne	0	0	1	4	5	8	49	50	55	62	12,7
Arrondissement Veurne	0	0	9	19	54	68	256	293	319	380	19,1
West-Vlaanderen	4	0	141	240	726	726	4.602	4.792	5.473	5.758	5,2
Vlaams Gewest	34	19	765	899	3.548	3.754	23.464	24.486	27.811	29.158	4,8
Rijk	81	53	1.214	1.317	6.225	6.397	44.746	45.893	52.266	53.660	2,7

BRON: RSZ, verwerking Dienst Economie provincie West-Vlaanderen en WES

Zesde offshore windpark gaat naar Seastar

De concessie voor het zesde offshore windpark op de Noordzee gaat naar het project **Seastar**, een **samenwerking tussen Power@sea en het Oostendse Electrawinds**. Daarmee is één van de laatste zones toegekend voor de ontwikkeling van windturbineparken in de Belgische territoriale wateren.

Het windpark Seastar is ingeplant in het zeegebied tussen de zandbanken "Bank-Zonder-Naam" en de "Bligh Bank", zowat 38 kilometer voor de kust. Seastar wordt een windpark van 246 MW. Electrawinds en Power@sea bezitten elk 50%.

Electrawinds is één van de pioniers in België voor hernieuwbare energie. Het bedrijf heeft een ruime ervaring met het ontwikkelen, bouwen en exploiteren van windturbineparken in België, Italië en Frankrijk. **Power@sea** legt zich voornamelijk toe op de uitvoering van engineering opdrachten in verband met milieuvriendelijke energieopwekking en -distributie en de exploitatie van energieprojecten op zee.



West-Vlaamse Helleborussen sierden straten van Vancouver



Heel wat internationaal gerenommeerde Helleboruskwekerijen stonden te springen om bloemen te mogen leveren op de **Olympische Winterspelen**. Het was echter de **Oostkampse plantenkweker Thierry Van Paemel** die met de eer ging lopen. Zijn *Candy Love* bleek de meest wintervaste bloem en kleurde dan ook de straten in Vancouver.

Het Wilgenbroek is de meest gespecialiseerde Helleboruskwekerij ter wereld. Niemand heeft zoveel variëteiten in huis als de kwekerij uit Oostkamp. Niet te verwonderen dus dat heel wat concurrenten hun creaties gebruiken om verder mee te kruisen.

Eind 2009 werd Thierry Van Paemel bovendien door Unizo Noord-West-Vlaanderen verkozen als **Creatieve Ondernemer 2009**.

De Kusttram blaast 125 kaarsjes uit



Het is feest bij De Lijn, want de kusttram viert dit jaar haar 125e verjaardag. De tram verbindt Knokke met Adinkerke en is een vaste waarde voor wie ooit aan zee was. Bovendien vormt het traject de langste tramlijn ter wereld.

De Kusttram heeft gedurende zijn hele bestaan een zeer belangrijke rol gespeeld in het leven van de vele generaties bewoners en toeristen langs de kust. Vorig jaar maakten maar liefst 12,5 miljoen mensen gebruik van de tram.

De Lijn grijpt deze verjaardag aan om de Kusttram extra in de kijker te plaatsen. Met het project "125 jaar Kusttram" willen ze het belang van de Kusttram voor de ontwikkeling van en de leefbaarheid aan de kust onderstrepen in het verleden, heden en de toekomst.

Benieuwd welke projecten De Lijn nog allemaal in petto heeft om dit evenement te vieren? Surf dan snel naar www.dekusttram.be.

Rock Village: een West-Vlaams overnachtingsalternatief



Bezoekers van Rock Werchter die iets meer luxe verlangen dan een tentje op een luidruchtig kampeertrein, kunnen sinds vorig jaar terecht in de **Rock Village**. Achter het idee zit **Izegemnaar Bruno Lambert**, marketing- en eventdirecteur van het Izegemse slachthuis Verbist dat eigenaar is van zestig hectaren weiden net naast het festivalterrein.

“We merkten dat er nood was aan een kleinschaligere overnachtingsruimte met meer rust en comfort. Zo ontstond het idee voor Rock Village”, aldus Lambert. Een succesvol idee, zo blijkt, want de 200 chalets die dit jaar werden gebouwd, waren in een mum van tijd verhuurd. Centraal op het luxe chaletdomein staat een tent mét parketvloer waar de festivalgangers niet alleen kunnen ontbijten maar waar ook heel wat animatie en diensten worden aangeboden. Gasten kunnen er naar de kapper, ontspannen in een jacuzzi, leren drummen, het WK voetbal volgen op groot scherm, ... **KATHO** zorgt er bovendien voor een gratis internetverbinding. Een extra troef is zeker ook de aparte aanrijroute naar het terrein waardoor festivalgangers niet in de file moeten staan of naar een parkeerplaats moeten zoeken.

Het concept kan ook tijdens andere evenementen worden ingezet.

Meer informatie over Rock Village vindt u op www.rockvillage.be

Regio Roeselare-Tielt haalt Lissabonnorm



Slechts twee van de negentien Vlaamse subregio's zijn erin geslaagd om in 2008 (vóór de crisis dus) de belangrijkste Lissabonnorm te halen. Die norm wil dat **70 procent van de bevolking op beroepsactieve leeftijd werkt**. Met een werkzaamheidsgraad van respectievelijk 70,8 en 70,0 procent haalden de regio's **Roeselare-Tielt** en het Meetjesland nipt de norm, zo blijkt uit cijfers van het Steunpunt Werk en Economie (WSE). Regio's die het minder goed doen zijn de Limburgse subregio's Maasland en Midden-Limburg, Antwerpen en Oostende, met allemaal een werkzaamheidsgraad onder de 64 procent. Het gemiddelde van Vlaanderen bedroeg 66,7%, beduidend lager dan het Lissabon-objectief. Positief is wel dat zowat alle subregio's hun score tussen 2003 en 2008 verbeterden.

De economische crisis zal ongetwijfeld een sterk negatieve weerslag hebben op de werkzaamheidsgraad in de verschillende regio's. Cijfers over dit effect zijn echter nog niet beschikbaar.

Uw nieuws in deze rubriek?

Bent u een West-Vlaamse onderneming of gemeente en heeft u interessant nieuws? Laat het ons weten via redactie@wes.be en wie weet verschijnt uw bericht in het volgende nummer van West-Vlaanderen Werkt.

ZEEBRUGGE EEN NETWERK VOOR EUROPA



- 25 miljoen ton containerverkeer
- 9 miljoen ton roloverkeer
- 1,3 miljoen nieuwe wagens
- 1 miljoen vrachtwagens
- 20 dagelijkse verbindingen met het V.K., Scandinavië en Zuid-Europa
- uitstekende distributiemogelijkheden o.a. in de Maritieme Logistieke Zone (MLZ)

In deze rubriek stellen we telkens enkele titels uit de collectie van de WES-bibliotheek voor. Meestal hebben de publicaties iets te maken met het dossiernummer, maar ook andere boeken of artikelen die u niet mag missen komen aan bod.

Gezondheid en gezondheidsgedrag in het Vlaamse Gewest: verschillen naargelang het huishoudtype



Heel wat aspecten van de gezondheid en het gezondheidsgedrag verschillen naargelang het geslacht, de leeftijd en de opleiding van de betrokkene. Maar ook het huishoudtype waartoe iemand behoort, varieert systematisch op deze kenmerken. Welke? Dat ontdekt u in deze studie.

U kunt dit rapport downloaden via www.regionale-economie.be

De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies



De Belgische gezondheidszorg bezit verschillende belangrijke troeven maar ligt ook onder vuur.

Vanuit een sterkte-zwakteanalyse stelt het Itinera Instituut concrete en innovatieve acties voor om een duurzaam gezondheidszorgsysteem op te bouwen.

Auteurs: François Daue;
Crainich David
Uitgave: Itinera Instituut/
Uitgeverij ASP, 2008
ISBN 978-90-5487-533-8

Indicatoren van sociale bescherming in België



Deze studie vergelijkt België met de rest van Europa op het gebied van sociale bescherming en sociale uitsluiting. Dit gebeurt aan de hand van een aantal resultaat-, middelen- en contextindicatoren. Voor sommige indicatoren hoort België bij de best presterende lidstaten maar er zijn echter ook een aantal duidelijk zwakke punten die de globale prestatie beïnvloeden.

U kunt dit rapport downloaden via www.regionale-economie.be

Health and wellness tourism: spas and hot springs



Gezondheids- en wellness-toerisme nemen overal ter wereld een belangrijk deel van de toeristische consumptie voor hun rekening. Dit boek bestudeert deze vorm van toerisme vanuit verschillende perspectieven: op het vlak van gebruik, erfgoed, management, technologie, milieu, cultuur en marketing.

Auteurs:
Erfurt-Cooper Patricia;
Malcolm Cooper
Uitgave: Channel View
Publications, 2009
ISBN 978-1-84541-111-4

Ook zeker het lezen waard:

> Onze sociale zekerheid: anders en beter

Auteur: Danny Pieters
Uitgave: Uitgeverij Pelckmans, 2009
ISBN 978-90-289-5279-9

> Een rechtvaardige gezondheidszorg

Auteur: Mieke Santens (ed.)
Uitgave: Die Keure, 2008
ISBN 978-90-4862-167-7

Reeks: Tegenspraak-cahiers, 27

> Ontspannen door inspennen: een landelijk consumentenonderzoek naar het huidige en toekomstige gebruik van fitness- en wellnesscentra in Nederland

Auteurs: NRIT; GfK Panel Service Benelux
Uitgave: NRIT Media, 2007

> The 2009 Ageing report: economic and budgetary projections of the EU-27 member states (2008-2060)

Auteurs: Economic Policy Committee; European Commission-DG for Economic and Financial Affairs
Uitgave: European Commission, 2009
U kunt dit rapport downloaden via www.regionale-economie.be

Nieuwsgierig naar meer?

Onze volledige catalogus vindt u op www.regionale-economie.be.

U kunt de boeken en artikels ter plaatse raadplegen in de bibliotheek.

Contacteer hiervoor Brigitte Declerck via bibliotheek@wes.be of 050 36 71 08.

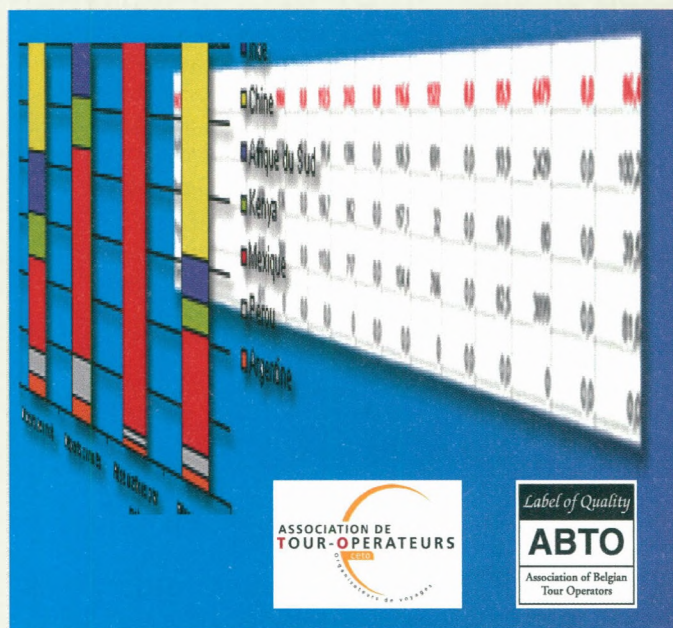
[Toerisme]

» 20 jaar panelonderzoek voor touroperators

Elke maand voert WES een panelonderzoek uit voor de federaties van Belgische en Franse touroperators, **ABTO en CETO**.

Alle touroperators die aangesloten zijn bij ABTO of CETO bezorgen WES op maandelijkse basis informatie over vertrokken passagiers en reservaties. WES groepeerde en analyseert deze info en bezorgt elke touroperator vervolgens **gepersonaliseerde gegevens met een indicatie van de markttrends en hun persoonlijk marktaandeel**. Zo is het voor elke touroperator mogelijk om zijn positie ten opzichte van de totale markt te evalueren. Alles gebeurt uiteraard onder strikte vertrouwelijkheid.

Door de voortdurende en doorgedreven kwaliteitscontrole bouwde WES in de loop der jaren een sterke vertrouwensrelatie op met de spelers op de touroperatormarkt. De contacten met ABTO, CETO en de individuele touroperators verlopen dan ook buitengewoon goed. Dat WES al 20 jaar samenwerkt met ABTO is hiervan het perfecte bewijs.



» Publieksonderzoek Europalia

Europalia is een toonaangevend internationaal festival dat om de twee jaar zijn aandacht vestigt op een land en zijn cultureel erfgoed. Dit jaar stond het festival volledig in het teken van China. Europalia streeft er telkens naar het volledige culturele aanbod van het gastland in de verf te zetten. Er wordt aandacht besteed aan schatten uit het verleden en het heden in de meest diverse kunst disciplines. Tussen oktober 2009 en februari 2010 werden in België en haar buurlanden ruim 450 evenementen gaande van tentoonstellingen, muziek- en theatervoorstellingen over literatuur, poëzie naar conferenties, lezingen en filmvertoningen georganiseerd.

WES voerde in opdracht van **Europalia International vzw** een **publieksonderzoek** uit bij de vier hoofdtentoonstellingen, namelijk "Zoon van de Hemel", "The State of Things Brussels/Beijing", "Het Orchideeën paviljoen" en "De Zijderoute". Aan de hand van dit onderzoek willen we nagaan **wie de bezoeker is en welke impact dit artistieke evenement heeft, vooral op economisch en toeristisch vlak**.

» Voor meer informatie, contacteer Anne Verhaeghe via anne.verhaeghe@wes.be of 050 36 71 42.



international arts festival
europalia.china

[Sociaaleconomisch beleid]

» Visie voor de detailhandel in de provincie Antwerpen



WES ontwikkelt voor de **provincie Antwerpen** een **visie inzake de detailhandel**. Deze visievorming is het sluitstuk in een groter strategisch project.

Antwerpen is dé winkelprovincie bij uitstek: geen enkele andere provincie telt meer winkels per 1.000 inwoners. Als intermediair bestuur wil de provincie haar steden en gemeenten daarom stimuleren om een adequaat detailhandelsbeleid te voeren. Hiervoor investeerde de provincie Antwerpen reeds in een databank die alle detailhandelszaken in de provincie in kaart brengt en in een vraag- en aanbodstudie. WES leverde de resultaten van deze vraag- en aanbodstudie op in september 2009.

Het derde deel, de ontwikkeling van een visie inzake de detailhandel in de provincie Antwerpen, is recent opgestart en eveneens toegewezen aan WES. Zowel voor de provincie Antwerpen in het algemeen als voor de belangrijkste kernen en ontwikkelingspolen in de provincie ontwikkelt WES een aangepaste visie. Daarenboven formuleren we tevens aanbevelingen voor elk van de 70 gemeenten. Tot slot bouwt WES een mathematisch model uit om de invloed van nieuwe grootschalige handelsconcentraties in te schatten. De provincie zal de resultaten van dit derde deel medio 2010 bekendmaken.

» Voor meer informatie over dit onderzoek, contacteer Pascal Steeland via pascal.steeland@wes.be.

» Opmaak commercieel-strategisch plan voor de detailhandel



Om haar winkelstad **aantrekkelijker** te maken, zoekt het stadsbestuur van **Torhout** manieren om de detailhandel en de horeca op een duurzame wijze te versterken. Hierbij wordt ondermeer gedacht aan de verfraaiing van het openbaar domein, een gevarieerd winkelaanbod en de opmaak van een commercieel-strategisch plan voor de detailhandel.

Voor de opmaak van dit commercieel-strategisch plan riep het stadsbestuur de hulp in van WES. Het onderzoek moet een visie opleveren met betrekking tot de gewenste economische en ruimtelijke ontwikkeling van het commerciële gebeuren in Torhout. Het plan zal uitmonden in concrete en realiseerbare acties die de dynamiek in het detailhandelsapparaat in het centrum en in de andere handelskernen van Torhout moeten stimuleren.

» Voor meer informatie over het opmaken van commercieel-strategische plannen kunt u terecht bij Hans Desmyttere via hans.desmyttere@wes.be.

Stop een ... fiscalist in uw tank

Stephan Janssens • Ernst & Young Tax Consultants

Programmawetten, wetten houdende diverse fiscale bepalingen, wetten houdende diverse bepalingen,... Het was weer raak eind 2009. Allemaal wetten met fiscale bepalingen, soms in uw voordeel, soms in uw nadeel. En daarbij lagen ook uw en mijn auto onder vuur. Wagens blijven een gemakkelijk doelwit voor allerlei fiscale maatregelen.

Blij dat ik rij?

Een eerste maatregel betreft de nieuwe berekening van de voordelen van alle aard voor personenwagens.

Om onze fiscaliteit wat groener te kleuren, wordt het voordeel voortaan berekend aan de hand van de CO₂-uitstoot van het voertuig. Vroeger gebeurde dat op basis van de fiscale pk's, die onder andere gelinkt waren aan de cilinderinhoud van de wagen en het gewicht, maar niet direct aan het verbruik en de vervuiling. Dat verandert dus... min of meer.

Het voordeel is vandaag gelijk aan een coëfficiënt te vermenigvuldigen met 5.000 km of 7.500 km, naargelang u minder of meer dan 25 km van uw werk afwoont.

Voor benzine-, LPG- en aardgasmotoren is die coëfficiënt 0,0021 euro/gram CO₂; voor dieselmotoren 0,0023 euro/gram CO₂ en voor zuiver elektrische wagens 0,10 euro/gram CO₂.

Stel dus dat u 20 km van uw werk woont en u met een dieselwagen met een uitstoot van 175 gr CO₂/km rijdt, dan bedraagt het belastbaar voordeel $175 \times 0,0023 \times 5.000$ oftewel 2.012,50 EUR per jaar. Rijdt u plankgas 50.000 km privé met het voertuig of rijdt u er maar 500 km privé mee op de meest ecologisch mogelijke manier, uw voordeel blijft even groot.

"Kookt elektrisch"

Bovenstaande boodschap ziet u soms nog eens op oude verdeelhuisjes van de elektriciteitsmaatschappij staan. Tegenwoordig zien we op diverse merkgarages echter vooral "rij elektrisch" staan.

Als particulier geniet u van een belangrijke belastingvermindering als u een nieuwe wagen koopt die uitsluitend wordt aangedreven door een elektrische motor. De belastingvermindering voor de particulier is gelijk aan 15 procent van de aankoop prijs van het voertuig, beperkt tot een bedrag van 3.280 euro (niet geïndexeerd) voor een elektrische "vierwieler" en tot een

bedrag van 2.000 euro (niet geïndexeerd) voor een elektrische motorfiets of driewieler.

Als u als particulier in 2010, 2011 of 2012 een dergelijke wagen koopt, bedraagt de korting 30% van de aanschaffingswaarde (btw inbegrepen) met een maximum van 6.500 EUR (voor aankopen in 2010 is dat geïndexeerd toch al 9.000 EUR).

Bovendien werd ook een belastingvermindering ingevoerd van 40 procent voor de installatie van oplaadpunten voor elektriciteit. Helaas geldt ook hier een absoluut maximum van 180 euro (niet geïndexeerd).

Ook de werkgever...

Ook werkgevers zullen groener moeten denken bij de toekenning van een bedrijfsvoertuig. In de vorige paragrafen beschreven we al hoe de voordelen van alle aard afhankelijk worden van de CO₂-uitstoot. Hoe hoger die CO₂-uitstoot, hoe hoger het belastbaar voordeel in hoofde van het personeelslid dat met de wagen rondrijdt.

Maar de werkgever die een bedrijfswagen ter beschikking wil stellen, wordt zelf ook nog aangepakt.

Zo worden de brandstofkosten, die vroeger 100% aftrekbaar waren, voortaan

maar 75% aftrekbaar. De tankkaart voor het personeel wordt dus een beetje duurder. Deze nieuwe beperking geldt ook voor zelfstandigen.

Daarnaast zijn er ook nog de andere kosten. In 2007 werd de aftrekbaarheid van de andere kosten (zoals afschrijvingen en onderhoud) voor vennootschappen afhankelijk gemaakt van... inderdaad de CO2. Er werden destijds verschillende schijven (met CO2-uitstoot) ingevoerd en afhankelijk van de schaal waarin het voertuig viel, ging de aftrekbaarheid van 90% tot 60%.

Vanaf 2010 wordt die aftrek nog wat "groener": de schijven gaan voortaan van 120% (!) tot 50%.

Voor wagens met een uitstoot van minder dan 61 gram CO2 per km is de aftrek 100%. Voor wagens die meer dan 195 gram CO2 per km uitstoten, mag de werkgever nog slechts 50% van de wagenkosten in aftrek brengen.

... kiest elektrisch

Als de werkgever puur elektrische wagens aanbiedt (geen hybride wagens dus), dan is de wagen niet 100%, maar zelfs 120% aftrekbaar. Die extra 20% moet wel in een reserve geboekt worden en mag niet uitgekeerd worden.

Bovendien mag die werkgever zijn investeringen in een laadstation versneld afschrijven (2 jaar in plaats van 3 jaar) en krijgt hij een verhoogde investeringsaftrek (+ 10 procentpunten) bovenop de gewone afschrijving.

Concreet:

Bent u een liefhebber van de Mini Cooper, dan zit u niet alleen laag... maar ook goed. Met een CO2- uitstoot van 104 gram per km, heb je met de Mini Cooper binnen een vennootschap recht op een aftrek van 90%. Trekt u naar de werf met een Toyota Landcruiser (vanaf 238 gram CO2/km) van de vennootschap, dan heeft u minder geluk. De aftrek gaat van 60% naar 50% en het belastbaar voordeel stijgt van 2.115 EUR tot 2.499 EUR (als u op minder dan 25 km van uw werk woont).

Voor zelfstandigen is het voorlopig simpeler: de autokosten blijven zoals voorheen aftrekbaar a rato van 75%. Nieuw is echter dat ook de brandstofkosten voortaan slechts 75% aftrekbaar zijn.

Is CO2 de oplossing?

CO2 is medeverantwoordelijk voor de opwarming van de aarde. Het blijft echter deels een forfaitaire berekening, zowel wat betreft het voordeel van alle aard als wat betreft de aftrekbaarheid van de autokosten. Er is immers geen link met het effectieve gebruik van de wagen (en dus de effectieve vervuiling) aan de ene kant en de aftrek/het voordeel aan de andere kant.

De Mini Cooper die per jaar twee keer rond de aarde rijdt, vervuult absoluut meer dan de Toyota Landcruiser die stilstaat. Toch vindt de overheid dat u beloond moet worden voor de Mini. Belgische fiscale logica.

» De CO2-uitstoot van uw wagen kan u terugvinden op de website van de overheid: www.energievreeters.be/auto. ■

Colofon

De artikelen in West-Vlaanderen Werkt zijn niet noodzakelijk de weergave van officiële standpunten van WES. Bij naamvermelding verschijnt de bijdrage onder de verantwoordelijkheid van de auteur.

Reproductie van of verwijzing naar één van de artikelen mag uitsluitend met correcte vermelding van auteur en bron, én mits het bezorgen van een kopie aan de redactie.

Beschermcomité

P. Breyne, gouverneur
voorzitter WES
prof. em. dr. O. Vanneste, eregouverneur
D. De fauw, J. Durnez, B. Naeyaert, G. Pertry,
M. Titeca-Decraene, P. Van Gheluwe
leden van de deputatie

Redactiecomité

Voorzitter: prof. dr. N. Vanhove
R. De Keyser, H. Desmyttere,
T. Termote, L. Denorme, B. Declerck, J. Van-
nieuwenhuyse, M. Van Looveren, P. Steeland,
L. Vanden Bussche

Eindredactie

Lieselot Denorme

Verantwoordelijke uitgever

N. Vanhove
Krakkestraat 3, 8200 St.-Andries (Brugge)

Advertentiewerving

Lieselot Denorme
tel. 050 36 67 74 - fax 050 36 31 86
e-mail: lieselot.denorme@wes.be

Oplage: 4.500 exemplaren

Redactie

WES vzw
Baron Ruzettelaan 33
8310 Brugge-Assebroek
tel. 050 36 71 36
fax 050 36 31 86
BTW BE 408 382 668
E-mail: redactie@wes.be
website: www.wes.be

Ontwerp lay-out: WES
Drukkerij: Goekint Graphics, Oostende
Foto cover: "iStockfoto.com"



Lid van de Unie van de Uitgevers van de Periodieke Pers

West-Vlaanderen Werkt wordt gedrukt op houtvrij en milieuvriendelijk gebleekt papier.

ISSN=1374-6235

'West-Vlaanderen Werkt'

West-Vlaanderen Werkt is een uitgave van WES vzw.

In elk nummer brengen wij:

- sociaal economisch nieuws met speciale aandacht voor West-Vlaanderen;
- wetenschappelijk onderbouwde artikelen en actuele informatie voor privaat en publiek management.

Abonnement

Een jaarabonnement 2009 is gratis.
Het tijdschrift 'West-Vlaanderen Werkt' verschijnt vier maal per jaar.
Registreren kan via de website van WES:
www.wes.be

Wet op de privacy van 8/12/1992

'West-Vlaanderen Werkt' wordt u gratis toegestuurd door WES vzw. Indien uw gegevens onjuist zijn of indien u het tijdschrift niet meer wenst te ontvangen, neem dan contact op met de redactie. WES deelt uw persoonlijke gegevens niet mee aan derden.

Meerwaardeneconomie

'Zonder vooroordelen' - getuigenissen van West-Vlaamse organisaties over het werken met kansengroepen, 2007, 48 blz., gratis publicatie.

Regionale economie

(Ver)ken uw grens. Onderzoek naar de grensoverschrijdende bezoekersstromen in de Euregio Scheldemond, 2007, 35 blz.

Toerisme

Tourism Studies in Bruges, 2002, 64 blz., € 15,00

Reeks

Facetten van West-Vlaanderen

- 45 Bezetting van de bedrijventerreinen in West-Vlaanderen, 1998, 322 blz., € 36,94
- 46 Het logiesaanbod aan de kust, 1998, 56 blz., € 14,63
- 47 Mestproblematiek in de provincie West-Vlaanderen 1999, 73 blz., € 18,59
- 48 Behoeftenanalyse hoger onderwijs in West-Vlaanderen 1999, 40 blz., € 12,39
- 49 Bevolking en gezinnen in West-Vlaanderen 2000-2010, 1999, 44 blz., € 12,39
- 50 De integratie van moeilijk plaatsbare groepen op de arbeidsmarkt in West-Vlaanderen, 2002, 65 blz., € 15,00
- 51 Evaluatiemethode voor centrumbeheer, 2003, 75 blz., € 20,00
- 52 Strategisch plan voor de haven van Brugge-Zeebrugge, 2005, 64 blz., € 20,00
- 53 De migratie van West-Vlaamse jongeren: migratiemotieven en de gevolgen hiervan op de West-Vlaamse arbeidsmarkt en knelpuntberoepen, 2005, 47 blz., € 20,00
- 54 Duurzame kwaliteit voor bedrijventerreinen, 2006, 64 blz., € 25,00
- 55 Koopstromen in kaart, 2007, 102 blz., € 25,00
- 56 Logistieke poort West-Vlaanderen, 2008, 82 blz., € 25,00
- 57 Economische betekenis van het agrocomplex in West-Vlaanderen, 2009, 78 blz., € 30,00

De betalende publicaties zijn BTW inbegrepen, exclusief portkosten

De volledige lijst van alle publicaties van WES kunt u verkrijgen bij

Jessie Rosseeuw,

e-mail: jessie.rosseeuw@wes.be

fax 050 36 31 86 - tel 050 36 67 70

of op www.wes.be/publicaties



Personeelsbeleid voor de kmo

Of het nu over loonberekeningen of personeelsadministratie, advies over uw loonpositionering of personeelsbeleid gaat, bij SD Worx bent u aan het juiste adres. Onze regionale kantoren in Brugge en Kortrijk leveren een persoonlijke service op maat van uw kmo.

→ Gistelsesteenweg 294, bus 203 - 8200 Brugge - tel. 050 28 94 00 - www.sdworx.be/kmo/brugge
President Kennedypark 33 - 8500 Kortrijk - tel. 056 52 99 00 - www.sdworx.be/kmo/kortrijk